UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1944 N° 8

TRAITEMENT MASSIF DES SYPHILIS CARDIAQUES GRAVES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

le 9 Mars 1944

PAR

CLAUDE LOUPS

MEMBRES DU JURY

MM. NANTA, *Président*
SENDRAIL
GADRAT
BAZEX
BOUNHOURE, *Suppléant*

IMPRIMERIE TH. BOUQUET - AUCH
— 1944 —

TRAITEMENT MASSIF

DES

SYPHILIS CARDIAQUES GRAVES

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN	MM.	GARIPUY
ASSESSEUR		DELAS
Doyen honoraire		BARDIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. MARIE	MM. ESCAT	MM. MOOG	MM. RIBAUT
MOREL	RISPAL	MERIEL	DAMBRIN
TAPIE J.	LAFFORGUE	CAUBET	
DALOUS	ARGAUD	MAURIN	

PROFESSEURS

Anatomie	MM.	CLERMONT
Histologie et Embryologie		N..
Pathologie interne		SERR
Clinique médicale		TAPIE (J.)
		ROQUES
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		BOULARAN
Clinique chirurgicale et gynécologique		LEFEBVRE
Clinique médicale infantile et puériculture		SOREL (R.)
Clinique de neurologie et psychiatrie		RISER
Clinique ophtalmologique		GORSE
Physique biologique et médicale		BUGNARD
Chimie et Toxicologie		BRUSTIER
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		MERIEL (P.
Pharmacie		CAUJOLLE
Matière médicale		VINCENT
Clinique obstétricale		GARIPUY
Physiologie		N...
Clinique chirurgicale du cancer		MIGINIAC
Clinique des Maladies des Voies urinaires		FABRE (P)
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques		NANTA
Pathologie chirurgicale		N...
Pathologie générale et médecine expérimentale		SENDRAIL
Histoire naturelle		DELAS
Médecine légale et Déontologie		MOREL
Bactériologie, hygiène médecine sociale		ANDRIEU
Anatomie Pathologique		FABRE (J.)

COURS COMPLEMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	MM.	GARIPUY
Cours d'anat. physiol. et pathol. élément. aux élèves sages-femmes		GUILHEM
Chimie pathologique		VALDIGUIE (P).
Chimie biologique		VALDIGUIE (P.)
Chimie minérale		BLANC.
Stomatologie		CADENAT
Physique pharmaceutique		BUGNARD.
Dermatologie et Syphiligraphie		BAZEX
Législation pharmaceutique		BOUISSET
Otorhinolaryngologie		RIGAUD
Microbiologie		BOUISSET
Clinique de la Tuberculose		MOREL J.
Anatomie		THOMAS
		LAZORTHES
Botanique et Cryptogamie	Mlle	MATHOU
Chimie analytique	MM.	BLANC
Médecine expérimentale		GERAUD
Pathologie chirurgicale		GRIMOUD
Hydrologie et géologie		ASTRE
Médecine opératoire		DIEULAFÉ
Anatomie médico-chirurgicale		THOMAS
Pharmacodynamie		BUGNARD
Thérapeutique		LASSERRE
Pharmacie galénique		N.
Médecine du Travail		BOUNHOURE

AGREGES EN EXERCICE

Histologie	MM. CALVET
	LE DISSEZON Ch. de f.
Physiologie	BAISSET
	PLANQUES
Médecine	DARNAUD C. de f
	GERAUD C. de f.
	BADRAT Ch. de f.
	LASSERRE Ch' de f
Anatomie	LAZORTHES, C. de f.
	GRIMOUD, C. f.
Chirurgie	VIRENQUE
	CAHUZAC, C. de f.
	DIEULAFÉ Ch. de f.
Obstétrique	GUILHEM
Ophtalmologie	CALMETTES
Physique médicale	MAROUFS Ch. de f.
Chimie	VALDIGUIÉ (P.) Ch. de f
Pharmacie	BLANC, C. f.
Secrétaire de la Faculté	DUCROS

La Faculté déclare n'être responsable des opinions émises par les candidats
(Délibération en date du 12 mai 1891).

A MA MERE, A MON PERE.

Faible témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde affection.

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR NANTA,

Professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique,

Chevalier de la Légion d'Honneur

qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

HOMMAGES RESPECTUEUX.

A MON JURY DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR SENDRAIL,

Professeur de pathologie générale et de Médecine expérimentale.

MONSIEUR LE DOCTEUR GADRAT,

Chargé des fonctions d'Agrégé.

MONSIEUR LE DOCTEUR BONHOURE,

Chargé de Cours.

RESPECTUEUX HOMMAGES.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BAZEX,

Chargé de Cours à la Faculté.

Qui nous a suggéré l'idée de ce travail et nous a sans cesse guidé de ses précieux conseils, je suis heureux d'exprimer ici mon respectueux attachament et ma profonde gratitude.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX D'AUCH

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1944 N° 8

TRAITEMENT MASSIF DES SYPHILIS CARDIAQUES GRAVES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

le 9 Mars 1944

PAR

CLAUDE LOUPS

MEMBRES DU JURY

MM. NANTA, *Président*
SENDRAIL
GADRAT
BAZEX
BOUNHOURE, *Suppléant*

IMPRIMERIE TH. BOUQUET - AUCH
— 1944 —

RIJKS UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

INTRODUCTION

En 1913, notre Maître le Professeur NANTA, traita, chez une spécifique, par les cures arsenicales importantes une maladie de STOKES-ADAMS. Les résultats obtenus, des plus encourageants, furent le point de départ d'une longue étude sur la syphilis cardio-vasculaires et son traitement.

Le service de syphiligraphie de l'Hôtel-Dieu s'est attaché tout particulièrement depuis cette époque à la recherche d'un traitement adéquat des lésions cardio-vasculaires spécifiques laissées jusqu'alors sans traitement défini.

C'est pour cette raison que le service du Professeur NANTA possède de nos jours une documentation des plus intéressantes sur cette question thérapeutique.

Cette documentation comprend entre autres plus d'une centaine d'observations particulièrement bien détaillées, dont l'édification minutieuse et rigoureuse a été faite en collaboration avec les maîtres de la cardiologie, le service de dermato-vénéréologie ayant réuni dans son enceinte syphiligraphes et cardiologues.

Outre ces observations qui devaient rester propres au service, le professeur NANTA publia plusieurs travaux parmi lesquels nous devons citer : Dissociation auriculo-ventriculaire chez une hérédo-syphilitique (Arch. Mal. du cœur, 1914) — Traitement de l'hypertension syphilitique par les arsénobenzènes (Annales de dermatologie 1921), page 102, en collaboration avec AUDRY). — Formes cliniques et traitement des myocardites syphilitiques (Toulouse Médical, 1er février 1922, p. 83).

Aujourd'hui nous nous proposons de faire avec l'aide des différents documents et de la grande expérience que possède la Clinique de Dermato-Vénéréologie de l'Hôtel-Dieu, une étude sur le traitement de la syphilis cardio-vasculaire.

Au cours de notre étude, nous montrerons que, contrairement à l'opinion généralement admise par les praticiens, il faut traiter la syphilis cardio-vasculaire.

Nous diviserons notre ouvrage en deux parties : dans la première partie nous exposerons d'abord l'opinion des différents maîtres de la cardiologie et de la syphiligraphie sur la conduite à tenir dans le traitement des lésions cardio-vasculaires spécifiques. Puis nous montrerons, en nous appuyant sur des statistiques, et, sur quelques notions sommaires de physio-pathologie qu'il est nécessaire de traitel de telles lésions. Nous exposerons ensuite les données du traitement spécifique tel qu'il est conçu de nos jours.

Dans la deuxième partie, en nous basant sur des réalités anatomocliniques et physio-pathologiques, nous critiquerons les idées généralement admises jusqu'ici et, en nous appuyant sur quelques-unes de nos observations, nous tâcherons de prouver qu'un traitement spécifique massif des syphilis cardio-vasculaires est très souvent justifié.

PREMIÈRE PARTIE

Conception Actuelle du Traitement de la Syphilis Cardiaque

CHAPITRE I

Faut-il Traiter la Syphilis Cardio-Vasculaire ? Opinions des Divers Auteurs

Nous avons vu que depuis déjà fort longtemps, de nombreux travaux avaient été écrits sur le traitement de la syphilis cardiaque ; toutefois, ce n'est qu'à partir de novembre 1927, jour de la séance de la Société Médicale des Hôpitaux, après la communication de DONZELOT sur « l'abus des médicaments spécifiques dans le traitement des affections cardio-vaculaires syphilitiques » qu'un éclaircissement fut donné à cette question thérapeutique.

Ce jour-là les partisans du traitement à outrance, les prohibionnistes, les cardiologues, les syphiligraphes présentèrent leur façon de penser sur l'opportunité de la médication spécifique chez les malades atteints de cardio-aortite.

Certains demeurent très circonspects, tel Léon TIXIER qui déclare: « Depuis une quinzaine d'années, j'ai appliqué les divers traitements anti-syphilitiques chez les malades, anciens spécifiques, porteurs de syndromes cardio-artériels et cela la plupart du temps en me conformant aux indications des maîtres de la cardiologie. Jamais je n'ai constaté autant de malaises et de morts subites au cours ou à la suite des traitements. Et cependant, presque tous les malades étaient dans la force de l'âge, avec un myocarde, un foie, des reins, d'activité fonctionnelle suffisante.

L'embarras pour le médecin est d'autant plus grand que les traitements de grande activité, du type des nouveaux composés arsenicaux, sont manifestement dangereux. Quant aux traiteements plus doux

(mercure, bismuth) ils risquent fort de réactiver des lésions en état d'équilibre particulièrement instable, et je crois que, parmi les lésions viscérales de la syphilis, les lésions cardio-artérielles sont parmi celles qui sont les plus sensibles à la réactivation sous l'influence du traitement. Aussi, je suis pour ma part fort embarrassé et extrêmement prudent en présence des malades de cette catégorie ».

GRAVIER, tout en étant partisan du traitement, rappelle les dangers auxquels il expose : « Au point de vue thérapeutique on doit d'abord se rappeler que le traitement spécifique aggrave et précipite souvent les accidents cardiaques qui surviennent toujours à un moment donné de l'évolution des aortites, c'est-à-dire qu'une fois l'aortite arrivée à sa phase cardiaque tout traitement syphilitique doit être en principe refusé ».

A l'opposé de ces deux auteurs nous trouvons des partisans plus audacieux de la médication spécifique.

Pour LAUBRY « l'insuffisance cardiaque constitue en général une contre-indication au traitement, mais un traitement aveugle, intensif, brutal et surtout mal surveillé; il n'en est pas de même d'un traitement prudent, modéré, qu'on sait à temps atténuer et suspendre, et qu'on doit reprendre avec ténacité. Il me paraît donc difficile, pour un tel traitement, quand l'insuffisance du myocarde est elle-même soignée d'une manière conforme, de fixer des règles inviolables, soit par son application, soit par une abstention absolue. Il ne faut jamais perdre de vue que les affections dont nous avons parlé, quand elles relèvent de la vérole, sont par excellence des cardiopathies évolutives, c'est-à-dire, pour lesquelles les toni-cardiaques usuels ne sont que des moyens symptomatiques forcément insuffisants.

Renoncer dans ces conditions au traitement anti-syphilitique, c'est proclamer son impuissance, et chaque médecin s'y résout avec plus ou moins de facilité. Je ne saurais en vouloir à celui qui poursuit la lutte au-delà du possible. Le traitement ayant fait ses preuves, il faut une intolérance solidement démontrée pour y renoncer ».

Quoique moins optimiste, SEZARY loue fort une thérapeutique qui lui a donné des résultats remarquables, dépassant souvent ses espérances. Aussi faut-il que les malades soient arrivés à un stade très avancé d'insuffisance cardiaque pour se décider à négliger cette chance de guérison « la seule qu'ils puissent avoir ». De plus, il estime que pour apprécier l'action du traitement anti-syphilitique sur les affections cardio-vasculaires, rien ne vaut l'étude des statistiques bien interprétées; c'est en étudiant combien de malades ont été sou-

mis à un traitement spécifique, combien en ont bénéficié, combien en ont souffert, qu'on pourra donner une solution au problème posé par la thérapeutique anti-syphilitique.

René BENARD, tout en reconnaissant les dangers réels de la médication spécifique, s'en montre partisan et l'applique malgré des signes de défaillance myocarditique. Toutefois il précise « qu'il faut veiller soigneusement sur l'organe déficient, se tenir prêt à s'arrêter au moindre signe de défaillance; mais, en face du problème ainsi posé : amélioration infiniment probable, risques à courir (seulement possibles), on doit envisager et par conséquent conseiller le traitement ».

CLERC pense que le traitement spécifique est le seul à donner la nette impression que grâce à lui, les souffrances des malades s'atténuent, leur existence se prolonge dans des conditions voisines de la normale et devra donc être utilisé le plus possible, même parfois audacieusement.

Pour Hermann SCHLESINGER, de Vienne, les symptômes d'angine de poitrine, la dyspnée, l'âge avancé ne constituent pas des contre-indications à la thérapeutique spécifique. Quand il y a décompensation, il essaie un traitement à côté de la thérapeutique cardiaque et il déclare obtenir des résultats très encourageants.

En dehors de ces deux groupes d'auteurs, la masse des auteurs expose des idées dont la déclaration de DONZELOT reproduit assez fidèlement le principal :

« Dès qu'on a reconnu la nature syphilitique d'un syndrome cardio-vasculaire, doit-on, sans discussion, comme on le voit couramment, faire soumettre le malade à un traitement anti-syphilitique ?

Que l'on procède de la sorte chez les sujets qui présentent des accidents primaires ou secondaires, cela se conçoit, car on se trouve en présence, sauf exception, d'organismes jeunes, qui ont encore leur souplesse et leur résistance première. Mais combien différente est la situation dans les cas qui nous occupent : il s'agit presque toujours de sujets âgés ou vieillis avant l'âge, dont les paranchymes rénaux et hépatiques sont de règle chroniquement lésés et plus ou moins déficients, et dont l'économie tout entière est en état d'équilibre instable. Une discussion doit intervenir dans chaque cas particulier pour fixer la ligne de conduite thérapeutique, mais il est possible de ramener schématiquement les différentes éventualités à trois :

1° La capacité fonctionnelle cardiaque est suffisante et le bilan réno-hépatique médiocre.

2° La capacité fonctionnelle cardiaque est atteinte et le bilan réno-hépatique médiocre.

3° La capacité fonctionnelle cardiaque est nettement déficiente et le bilan réno-hépatique mauvais.

Dans le premier cas « il y a presque toujours intérêt à débuter par une thérapeutique cardiaque et diurétique. On doit tenter ensuite un traitement anti-syphilitique qui doit être conduit avec une extrême prudence en commençant par des doses d'essai et en les augmentant très prudemment ».

Dans le deuxième cas, « il importe de savoir choisir son moment si l'on croit devoir instituer une médication anti-syphilitique ». Cette médication doit être conduite « avec plus de prudence que précédamment. Il va s'en dire qu'il faut interrompre immédiatement le traitement s'il se produit le moindre fléchissement fonctionnel soit du cœur, soit des appareils réno-hépatiques ».

Enfin DONZELOT pense au sujet du troisième cas qu'il n'y a aucune discussion possible : l'abstention complète s'impose. Cependant, « quand la médication cardiaque a réussi à rétablir l'équilibre cardio-rénal, on se trouve placé devant une éventualité analogue à la précédente et on peut à la rigueur, discuter l'opportunité d'un traitement anti-syphilitique très prudent ; mais je crois qu'il est préférable en règle générale de s'abstenir systématiquement de toute thérapeutique anti-syphilitique chaque fois qu'il y a eu au cours d'un des symptômes en question l'insuffisance cardiaque grave ».

Les cliniciens qui prirent part à cette discussion furent de l'avis de DONZELOT et n'intervinrent par la suite non pas pour infirmer l'opinion émise, mais pour préciser plus particulièrement certains points.

C'est ainsi que GRENET, quoique partisan du traitement à un stade avancé, regrette qu'en cas d'insuffisance cardiaque les médicaments employés n'agissent que comme poisons, tandis que la syphilis ne cesse de progresser. Seules alors, les règles de l'hygiène et la thérapeutique cardiaque habituelle permettent encore une longue survie aux malades, qu'un traitement spécifique devenu inopportun risquerait de conduire rapidement à une issue fatale.

Noël FIESSINGER insiste particulièrement sur le rôle du foie : à son avis en effet, le traitement spécifique appliqué lorsqu'il y a insuffisance hépatique peut compromettre indirectement l'évolution de l'affection cardio-vasculaire.

FLANDIN attire l'attention sur l'âge : plus la syphilis est ancienne, plus le dernier traitement est éloigné, plus il faut prendre de précautions car, dans ces cas, les réactions du foyer seraient fréquentes.

Pour DUFOUR, le bilan réno-hépatique influence davantage la marche du traitement que l'état du myocarde.

AUBERTIN est du même avis : en effet, les ennuis sont plus souvent imputables à l'état du foie et du rein souvent lésés chez ces malades plutôt qu'au cœur lui-même.

LIAN, GIRAUD, CHALBRON pensent qu'en présence de syphilis cardio-vasculaire avérée avec insuffisance cardiaque il y a lieu de soigner le malade sans tenir compte de la syphilis et, c'est seulement après amélioration notable que l'on instituera un traitement anti-syphilitique d'autant moins intensif que l'insuffisance cardiaque a été ou est encore accentuée.

Ainsi donc, l'opinion générale admet que le traitement anti-syphilitique ne saurait constituer un traitement d'attaque de l'insuffisance cardiaque et que ce traitement ne doit intervenir qu'après l'action d'une médication symptomatique. Mais la médication anti-syphilitique est pour le médecin en présence d'une cardio-aortite spécifique une arme excellente qu'il ne doit pas négliger surtout si l'organisme du malade est capable de supporter l'action agressive du traitement.

CHAPITRE II

Il est Nécessaire de Traiter les Cardio-Aortites Spécifiques par la Médication Anti-Syphilitique

I. - STATISTIQUES

On a constaté depuis longtemps déjà que les peuples Anglo-Saxons étaient plus sujets aux localisations cardio-valculaires de la syphilis que n'importe quel autre peuple. C'est pour cela sans doute que chez eux, les études sur la syphilis cardio-vasculaire sont les plus nombreuses et les plus précises.

Cependant cette fréquence de la syphilis cardio-vasculaire chez les Anglo-Saxons est peut être due à ce que chez eux, les lésions spécifiques de l'appareil circulatoire sont plus systématiquement recherchées.

En effet, si l'examen de l'appareil circulatoire du syphilitique était fait systématiquement en France, on pourrait constater que le pourcentage des lésions cardio-vasculaires spécifiques serait peut-être aussi élevé que celui fourni par les Anglo-Saxons. C'est ainsi qu'une note de notre Maître le professeur NANTA rapportée à l'Académie de Médecine le 24 mars 1942 par Monsieur GOUGEROT, nous enseigne que la syphilis cardiaque n'est pas aussi rare que l'on veut bien le croire. Le Professeur NANTA sur un même lot d'anciens syphilitiques étudiés de 1935 à 1939 a trouvé 92 cas de syphilis nerveuse, 93 cas de syphilis cardio-vasculaire.

Voici d'ailleurs la communication exacte qu'ont fait Monsieur le Professeur NANTA et ses élèves BAZEX et TAMALET à la séance de la Société de Dermatologie de Strasbourg :

« Les syphiligraphes depuis RAVAUT surtout, ont pris l'habitude d'examiner systématiquement le système nerveux et chaque fois qu'il est nécessaire le liquide céphalo-rachidien de leurs syphilitiques; ils peuvent ainsi se fortifier tous les jours dans l'idée que les complications nerveuses tardives et surtout le tabes et la paralysie générale constituent les complications les plus redoutables et les plus fréquen-

tes qui assombrissent l'avenir d'un malade plus ou moins bien traité.

« Pour les complications cardio-vasculaires, la même exploration n'est pas toujours systématiquement pratiquée. Elle est du reste plus délicate, exige la mise en jeu non seulement d'une exploration clinique plus minutieuse (auscultation, prises de tension artérielle répétées), mais encore l'exploration radiologique : (radiographies, orthodiagrammes en série) et même d'enregistrements graphiques (électrocardiogrammes) qui constituent un dossier autrement difficile à réunir qu'un simple examen de paralysie générale ou de tabes.

« Notre expérience personnelle poursuivie depuis cinq ans à la clinique de dermatologie de Toulouse, où nous nous étions bornés pendans une vingtaine d'années à relever quelques faits rares d'arythmie syphilitique (STOKES-ADAMS, grande chorée du cœur, arythmie des tabetiques, etc.) notre expérience portant sur la totalité des syphilitiques méthodiquement revus au point de vue cardio-vasculaire nous a montré ceci : les complications cardio-vasculaires sont au moins aussi fréquentes que les complications nerveuses de la syphilis tardive.

« Si on fait entrer en ligne de compte les aortites simples, les myocardites avec arythmie, les médiastinites avec periaortite, les hypertensions artérielles avec souffles orificiels probables et bien entendu l'aortite syphilitique complète, maladie de HODGSON qui peut en être l'aboutissant plus ou moins éloigné et plus ou moins fatal, nous arrivons à ces résultats :

« Syphilis nerveuses observée au cours des années 1935-1939 : 92 cas.

« Syphilis cardio-vasculaires observées pendant la même période : 93 cas.

« Syphilis cardio-nerveuses : 25 cas.

« Or, ces cas de syphilis nerveuses comportent en tout 14 cas de paralysie générale dont 5 ou 6 cas de grands tabes ataxiques, cachectiques, douloureux ou paralytiques : les grands invalides de la syphilis.

« Nos cas de syphilis cardio-vasculaire comportent aussi une majorité d'observations où les souffles orificiels, les phénomènes subjectifs, les modifications de la tension ne représentent somme toute, que des séquelles ou des phénomènes transitoires ou curables n'ayant guère plus d'importance pour l'invalité du malade qu'une abolition isolée du réflexe tendineux ou lumineux.

« Nous relevons néanmoins :

« 5 cas d'aortite avec asystolie améliorée ou provisoirement guérie.

« 1 cas de rupture du cœur.

« 2 cas d'asystolie terminés par la mort.

« 4 cas d'anévrisme.

« 1 cas d'aortite avec mort par abcès du poumon.

« 1 cas d'aortite avec hépato-splénomégalie grave à pronostic très réservé.

« 1 cas d'aortite avec syndrome de RAYNAUD grave.

« 8 cas de maladie de HODGSON ou de grande hypertension.

« Nous dirons en conclusion que, d'après notre expérience, le pronostic de la grande invalidité terminale dans la syphilis est au moins comparable aussi bien dans le domaine des complications cardio-vasculaires, que dans celui que l'on a pris l'habitude de réserver aux seules complications nerveuses ».

Cette brève communication nous montre donc la fréquence de la syphilis cardiaque et, par conséquent, l'importance thérapeutique du sujet traité.

En Amérique les statistiques généralement acceptées montrent que 4 à 7 % des sujets autopsiés ont des signes d'aortite syphilitique reconnus ou non cliniquement avant leur mort.

De plus, il est reconnu que 10 à 15 % des affections cardio-vasculaires et que 90 % des insuffisances aortiques entre 40 et 50 ans sont syphilitiques. La « Coopérative Clinical Group » admet que la plupart des syphilitiques non traités ou traités tardivement ont une aorte pathologique et que 9,9 % des syphilitiques ont des troubles cardio-vasculaires. Dans le Service du Professeur MOORE, on note 10,1 % d'affections cardio-vasculaires parmi tous les syphilitiques examinés et l'on considère que cet état est la cause de mort la plus commune dans la syphilis acquise.

Si l'on évalue la syphilis cardio-vasculaire, en fonction de l'âge du sujet, on constate que 39 % des cas de syphilis cardio-aortiques s'observent entre 35 et 45 ans et plus souvent chez l'homme que chez la femme (USILTON), la proportion étant de 5 hommes pour une femme.

COCHEMS et KEMP, qui ont fait une étude minutieuse sur les affections cardio-vasculaires syphilitiques (étude portant sur mille sujets, hommes et femmes ayant une syphilis certaine), ont établi le tableau suivant en fonction des différentes formes cliniques et en fonction du sexe.

TABLEAU I.

SEXE	NOMBRE	Syph. Cardio-Vas. Pourcent. de Syph Total	Aortites	Insuffis. Aortique	Anévrisme	Insuf. A et Anévr
Hommes	749	100 (13,4 %)	30 (4 %)	14 (1,9 %)	39 (5,2 %)	17 (2,3 %)
Femmes	251	27 (10,8 %)	12 (4,8 %)	6 (2,4 %)	8 (3,2 %)	1 (4 %)
TOTAL .	1.000	127 (12,7 %)	42 (4,8 %)	20 (2 %)	47 (4,7 %)	18 (1,8 %)

Dans ce tableau on voit que la différence entre le pourcentage homme (13,4 %) et le pourcentage femme (10,8 %) est due principalement à une plus grande fréquence d'anévrisme seule ou d'anévrisme avec insuffisance aortique chez l'homme (7,5 %) que chez la femme (3,6 %).

Poussant plus loin leur curiosité, ils ont cherché à savoir exactement à quel âge on observait le plus grand pourcentage de syphilis cardio-vasculaires et comment les formes cliniques se répartissaient au cours de la vie des syphilitiques :

TABLEAU II

AGE	Total	Syph. Card. compliquée ou non	TYPE CLINIQUE DE SYPHILIS CARD. compliquée ou non			
			Aortites	Insuf.	Anévrisme	Insuf. Card. et anévrisme
0-19	10	1 (10 %)	1	—	—	—
20-29	184	2 (1,1 %)	2	—	—	—
30-39	304	11 (3,6 %)	8	3	—	—
40-49	272	43 (15,7 %)	22	7	8	6
50 et plus	230	70 (30,4 %)	9	10	39	12
TOTAL ..	1.000	127	42	20	47	18

Si l'on considère maintenant les stastitiques faisant état de la durée de la vie des sujets ayant une syphilis cardio-vasculaire, on trouve qu'un sujet atteint d'aortite syphilitique non compliquée a une durée

de vie de 6 ans à partir du moment où le diagnostic a été fait. S'il est atteint d'insuffisance aortique, la durée de vie est de 3 ans. S'il est atteint d'anévrisme, la durée de vie est de 4 ans. Enfin, s'il est atteint d'insuffisance ventriculaire, sa durée de vie est d'une année toujours à partir du moment où le diagnostic a été établi. Par contre, le syndrome angineux est toujours rapidement sévère et progressif.

On conçoit donc, que les Américains se soient émus lorsqu'ils purent constater par les statistiques établies par eux, que 40.000 de leurs concitoyens au moins mouraient par an de syphilis cardio-aortique.

Ils ont donc cherché un moyen adéquat pour tâcher d'enrayer la maladie ou tout au moins d'obtenir un soulagement des symptomes et une prolongation de la vie des sujets atteints. A ce propos, MOORE écrit : « Dans l'état actuel de la technique, cesser le traitement des cas de la syphilis cardio-vasculaire même lorsque la situation semble sans espoir ne peut pas être justifié. On peut toujours trouver un traitement adéquat non préjudiciable et souvent des améliorations presque miraculeuses peuvent être constatées ».

En effet, depuis le moment où l'on s'est mis à attaquer la syphilis cardio-vasculaire par les différentes drogues modernes anti-syphilitiques, on est arrivé à des résultats incontestablement surprenants. C'est la raison pour laquelle un traitement convenable soigneusement étudié sur un grand nombre de malades s'est révélé comme donnant un soulagement des symptomes dans 67 % des cas ; il accroît, en outre, la vie de 200 à 500 % et, dans le cas d'anévrisme, la durée de la vie depuis le début des symptômes a été elevée d'une moyenne de 19 à 75 mois. Si l'on se réfère aux statistiques de la COOPERATIVE CLINICAL GROUP », on constate d'une façon plus particulière qu'un traitement d'aortite syphilitique sans complication, augmente la durée de la vie d'une moyenne de 34 à 85 mois et que 63 % des patients ainsi traités vivent sans symptôme ou sans progression des symptômes alors que l'on observe dans 49 % des cas des sujets mal traités une évolution fâcheuse rapide avec une symptomatologie bruyante. De plus, 7,9 % des sujets mal traités sont morts comme résultats directs de leur syphilis cardio-vasculaire alors que seulement 2,4 % des sujets traités convenablement en sont morts. D'après STOKES, COLE, MORRE la survie des différentes formes de la syphilis cardio-aortique est la suivante :

Pour les aortites :

Non traitées, 34 mois.
Traitées correctement, 84 mois.
Traitées insuffisamment, 56 mois.

Pour les aortites avec insuffisance aortique :

Non traitées, 40 mois.
Traitées correctement, 55 mois.

Pour les anévrismes :

Non traités, 47 mois.
Traités correctement, 75 mois.

D'après ces différentes statistiques on voit donc que le traitement antispécifique des lésions cardio-vasculaires syphilitiques est justifié. Pour établir un tel traitement par ailleurs si souvent controversé, sur quelles bases physio-pathologiques doit-on se baser ?

II. — BASES PHYSIO-PATHOLOGIQUES

Il y a quelques années l'impression générale était qu'il fallait dix à quinze années après la primo-infection pour que la syphilis cardio-vasculaire puisse se développer. De nos jours, cette erreur ne doit plus subsister dans notre esprit. Bien qu'il soit vrai que la présence de la syphilis cardio-vasculaire ne puisse être découverte que très tardivement après les accidents primaires, nous devons affirmer cependant qu'il faut tout près de 20 ans pour le développement complet de la maladie cardio-vasculaire après l'infection initiale. A ce sujet, STOOKEZ écrit :

« Quand l'organisme infecté par le tréponème atteint la période secondaire, c'est-à-dire quand le tréponème est disséminé dans tout le corps par la circulation, fait annoncé par les manifestations secondaires et le B. W. positif, à ce moment le cœur et les gros vaisseaux sont attaqués et la syphilis cardio-vasculaire existe ». En d'autres termes, l'aortite syphilitique peut très bien prendre naissance pendant la période des 6 semaines qui suit la période initiale. Cette affirmation est d'ailleurs basée sur des observations précises : MORISS entre autre, cite le cas d'un anévrisme du sinus de VALSALVA découvert à l'autopsie chez un homme qui avait contracté le chancre initial seulement 18 mois avant sa mort. MAGNARD conclut que, quoique l'aortite syphilitique commence peu de temps après l'infection initiale,

elle évolue ignorée, jusqu'à ce que le symptome clinique ou radiologique apparaisse.

D'ores et déjà, nous voyons donc que le meilleur moyen d'éliminer les lésions cardio-vasculaires considérées comme presque inévitables chez un syphilitique, est de faire un traitement au début de l'infection et, si cela n'a pas été fait, il est essentiel de le faire avant le développement de l'anévrisme car, à ce moment là, les mesures thérapeutiques ne peuvent alors laisser espérer une guérison.

Certains ont reconnu qu'un traitement, même fait tardivement, pouvait empêcher l'apparition des symptomes de la syphilis cardio-vasculaire et THOMPSON en particulier, a montré dans une analyse portant sur 260 sujets syphilitiques depuis 15 à 25 ans avant l'examen, qu'une thérapeutique adéquate rapide tendait à empêcher ou tout au moins, à diminuer l'apparition des troubles cardio-vasculaires.

Nous voyons donc qu'il est possible et souhaitable de faire un traitement prophylactique des lésions cardio-vasculaires syphilitiques. Le tout est de faire rapidement le diagnostic de l'invasion cardio-vasculaire par le tréponème pâle. Ce diagnostic est certainement difficile car, dans la plupart des cas, les signes objectifs et même subjectifs sont nuls. Cependant, on constate parfois que le malade se plaint de palpitations tandis que le clinicien découvre la tachycardie, des extrasystoles et quelquefois un doux souffle systolique au niveau du foyer aortique en même temps qu'un élargissement plus grand de la matité cardiaque. Ces signes apparaissant au début de l'infection syphilitique tendront d'ailleurs à disparaître avec les symptomes de la syphilis secondaire. A ce moment là un traitement bien mené arrêtera sans nul doute le développement du mal sur l'aorte et sur le cœur.

Ceci explique alors dans une large mesure pourquoi les cliniciens actuels décellent plus rarement les manifestations des syphilis cardio-vasculaires étant donné qu'aujourd'hui le traitement est commencé si rapidement qu'il ne permet plus le développement des complications cardio-aortiques.

Si toutefois le traitement n'est pas institué à cette époque, si le mal est abandonné à son évolution, les signes objectifs de la syphilis cardio-vasculaire précoce disparaissent et le sujet peut vivre sans s'inquiéter pendant plusieurs années jusqu'au moment où son aorte se ressent des atteintes du spirochete et que les symptomes en résultant l'amènent à consulter un praticien.

Le premier et probablement le plus caractéristique des symptomes est une douleur précordiale siègeant au niveau de la base pouvant sui-

vre un effort physique ou même une simple activité mentale. On note aussi associée à la douleur, une légère dyspnée. A cette période de début symptômatologique, les auteurs pensent que ces signes sont dûs plutôt à la périaortite et à la médiastinite plutôt qu'à de grosses lésions des parois de l'aorte ou de l'endocarde. On observe cependant dans cette période une modification du deuxième bruit aortique qui devient plus accentué ; de plus l'aorte offre à la radiologie des signes précoces de dilatation. Plus tardivement, le bulbe et la partie la plus basse de l'aorte ascendante, envahis par l'intermédiaire des vasa-vasorum par le tréponème, vont subir de profondes modifications ; un tissu fibreux remplacera les couches élastiques, l'orifice aortique s'affaiblira, tandis que s'installera l'insuffisance progressive des valvules. De plus, les troubles observés dans les artères coronnaires sont la conséquence de l'envahissement de l'aorte ; les lésions des artères coronnaires sont en effet confinées à leur orifice et surbordonnées aux troubles spécifiques de la partie de l'aorte immédiatement adjacente à l'orifice des vaisseaux coronnaires.

La média est la plus remaniée des trois couches de l'aorte ; au niveau du cœur c'est le myocarde qui subit les plus gros dégâts.

Le myocarde peut être le lieu de deux manifestations différentes : la gomme et la myocardite syphilitique.

La gomme ne diffère en aucun point d'une gomme syphilitique quelconque ; elle peut être simple ou multiple. Mais étant donné la nature de l'organe, quand cette lésion apparaît, elle peut souvent produire de sérieux troubles de la conduction précisés par l'électro-cardiogramme, tels que : dissociation complète ou dissociation auriculo-ventriculaire, surtout lorsque cette gomme siège au niveau de la région hisienne. Il tombe sous le sens que n'importe quel traitement anti-spécifique. produira au niveau de la gomme des cicatrices qui ont tendance à englober de plus en plus le système conducteur et, par ce moyen, contrarier l'action normale du cœur. En outre, les cicatrices fibreuses ne sont pas faites pour améliorer le myocarde malgré la disparition de la gomme.

On peut voir en outre, au niveau de la fibre musculaire cardiaque des infartus, des anévrismes pariétaux pouvant produire des ruptures spontanées du cœur.

La myocardite diffuse a été souvent contestée car il est difficile d'y mettre en évidence le spirochéte (JACOBUS-VAQUEZ). Il ne s'agirait que de lésions « inhabitées » comme on le voit d'ailleurs souvent dans les inflammations syphilitiques du foie (hépatites cirrhotiques,

ictères secondaires, ictères graves) et du système nerveux (tabes, méningites secondaires, paralysie générale) pour ne citer que ces deux systèmes.

MOORE estime cependant que la syphilis du myocarde est aussi commune que la syphilis de l'aorte et nous devons penser avec notre Maître le Professeur NANTA « que le muscle participe fréquemment et de bonne heure avant la phase des altérations indirectes d'origine mécanique à l'inflammation des vaisseaux ».

On conçoit donc que toutes « ces lésions cardio-vasculaires souvent intriquées entre elles et souvent associées aux lésions de tout le système artériel de l'économie, amènent vite le malade vers l'asystolie si la vie de ce dernier n'est pas interrompue par une crise d'urémie ou plus brutalement, par un accident cérébral ». (Thèse de R. GOUZY : L'Insuffisance cardiaque d'origine syphilitique : Toulouse 1940).

Avant d'arriver à la décompensation totale du cœur, on constate que les signes déjà précités augmentent en intensité; la dyspnée d'effort est vive, les douleurs plus fréquentes; on observe en outre, des accès dyspnéiques astmatiformes à paroxysme nocturne accompagnés parfois ou suivis d'une expectoration mousseuse (pseudo-asthme syphilitique de ROSENFELD). Le ventricule gauche apparaît très dilaté à l'examen radiologique et l'on peut entendre un bruit de galop permanent en dehors et en dessus de la pointe.

La tachycardie, les extra-systoles, l'arythmie complète peuvent apparaître. La pression différentielle se modifie surtout par la diminution de la maxima alors qu'au début la tension artérielle était élevée. On peut voir aussi l'insuffisance ventriculaire gauche prendre le type d'insuffisance avec œdème aigu du poumon. Ce n'est que plus tardivement que l'on observe le tableau de la grande asystolie avec le cortège classique des signes périphériques. (Œdème, hépatomégalie douloureuse, reflux hépato-jugulaire, cyanose, congestions viscérales) traduisant le retentissement sur la cavité droite. (R. GOUZY — Thèse Toulouse 1940).

L'endocardite et la péricardite syphilitique ne présentent par contre aucun problème de physio-pathologie et de thérapeutique spéciale.

Les tableaux élaborés par TOTTIE nous donneront pour terminer et résumer ce chapitre un aperçu de l'évolution de l'aortite chez les syphilitiques suivant les signes cliniques et radiologiques en fonction du sexe, de l'âge et du traitement qu'a déjà subi le malade.

Ces tableaux sont au nombre de quatre. Dans le premier, les malades ne présentent aucun signe de syphilis aortique. Dans le deuxième on ne trouve pas de signe clinique, mais il y a des signes radiologiques discrets qui font suspecter la nature syphilitique de l'aortite. Dans le troisième les rayons X montrent des signes d'aortite, mais ne peuvent pas prouver la spécificité des lésions. Par contre, les examens cliniques ne laissent aucun doute sur leur origine syphilitique. Enfin, dans le quatrième tableau, les signes cliniques et radiologiques ne laissent aucun doute sur l'origine syphilitique de l'aortite.

Chaque tableau est divisé en quatre groupes.

Dans le Groupe I, les sujets sont ignorants de leur infection et, par conséquent,, n'ont pas été traités immédiatement. Dans le Groupe II, les sujets ont été traités immédiatement mais avec les sels métalliques lourds seulement. Dans le Groupe III, les sujets ont été traités comme précédemment mais avec un peu d'arsenic. Enfin, dans le Groupe IV, le traitement a été intégral pendant au moins trois ans avec au moins 10 injections d'arsenic.

TABLEAU I

GROUPES	HOMMES		FEMMES		TOTAL	
	Nombre de cas	Age Moyen	Nombre de cas	Age Moyen	Nombre de Cas	Age Moyen
1	30	47 ans	39	45 ans	69	47 ans
2	13	48 ans	3	48 ans	16	48 ans
3	5	42 ans	3	40 ans	8	41 ans
4	1	39 ans	7	39 ans	8	39 ans

TABLEAU II

1	3	43 ans	6	50 ans	9	46 ans
2	1	45 ans	4	47 ans	5	47 ans
3	4	41 ans	2	48 ans	6	46 ans
4	1	55 ans	1	42 ans	2	48 ans

TABLEAU III

1	22	47 ans	7	57 ans	29	48 ans
2	13	49 ans	1	36 ans	14	49 ans
3	1	45 ans	»		1	45 ans
4	2	48 ans	»		2	48 ans

TABLEAU IV

1	48	50 ans	19	53 ans	67	51 ans
2	21	53 ans	4	55 ans	25	53 ans
3	3	52 ans	»	»	3	52 ans
4	»	»	»	»	»	»
Total.	72	50 ans	23	54 ans	95	50 ans

CHAPITRE III

Comment les Traiter

Dans le premier chapitre nous avons vu avec quelle prudence les auteurs avaient coutume d'envisager le traitement antispécifique dans les affections cardio-vasculaires syphilitiques. Cependant, la plupart ont constaté que tous les antisyphilitiques employés ont des succès à leur actif dans le traitement des cardio-aortites spécifiques.

C'est ainsi que GIROUX et GRAVIER demandent que l'on varie les drogues pour éviter l'accoutumance et BONNIN remarque que tel malade qui n'avait pas supporté un médicament agressif au début le tolère fort bien quand la cure a progressé.

Notre arsenal thérapeutique comporte comme chacun sait, quatre produits : les arsenicaux, le bismuth, le mercure et les iodures.

Les iodures ne sont employés en général que dans les périodes intercalaires ou associés au traitement car, souvent chez un malade âgé, l'athérome et la sclérose voisinent avec la lésion spécifique (ZACK, ZIELER, SCHLESINGER).

Les arsénobenzènes sont les plus actifs des produits utilisés contre le tréponème, mais ils sont aussi les plus difficiles à supporter. LAUBRY lui-même dit en parlant des arsenicaux : « Je n'en discute pas l'inocuité et l'efficacité pour les autres manifestations syphilitiques mais, en ce qui concerne le cœur, j'ai assisté à des accidents graves », et il en rapporte un cas dramatique dû à l'injection de fortes doses de novarsenobenzol.

GRENET signale aussi des accidents de mort subite dus à ce médicament. Il reconnaît toutefois, avoir eu de bons résultats.

On reproche en outre aux arsenicaux de réactiver les lésions. Il y aurait en effet possibilité de réaction de HERXHEIMER et de résolution. On sait que la réaction de HERXHEIMER consiste dans l'augmentation d'intensité d'un phénomène erruptif après l'administration d'une médication antisyphilitique et plus spécialement d'arsénobenzène. Or, si cette réaction donne au stade secondaire de la vérole une exacerbation de la roséole sans grosse importance clinique, il n'en est pas de même lorsqu'elle a lieu au niveau d'une lésion viscérale ; on comprend donc qu'elle prenne beaucoup d'importance en cardio-

logie et que les conséquences cliniques puissent être très sévères au niveau du cœur.

La réaction de « résolution » , beaucoup plus tardive que la réaction de HERXHEIMER, consiste en un profond remaniement local au cours du processus de guérison de la lésion ; il y a alors élaboration de toxines, fonte de tissu, appel leucocytaire, qui peuvent former par la suite des brides cicatricielles ou une création d'inflammation banale remplaçant l'inflammation spécifique qui peut elle-même provoquer les mêmes symptomes qu'avant le traitement.

D'une façon générale on se méfie des arsenicaux ; cependant nous verrons plus tard qu'il est possible d'envisager sous un angle tout différent le traitement des lésions de cardio-aortites syphilitiques par les arsenicaux.

Le bismuth moins nocif que les arsenicaux a avec LAUBRY, VAQUEZ, BORDET, AUBERTIN, SEZARY, de bons résultats à son actif. JACOEL n'a eu qu'à se louer des effets obtenus par le bismuth dans le traitement des aortites. Il emploie l'Hydroxyde de bismuth radifère en suspension huileuse : « l'action spirillicide du métal est doublée ici grâce à sa radioactivité d'une action leucagène des plus actives dans les lésions irritatives de la syphilis vasculaire. En outre, cette radio-activité par son action hémato-poiétique neutralise jusqu'à un certain point l'action déglobulisante des sels de bismuth »

POINSO signale le bismuth comme agissant d'une manière remarquable sur les palpitations et les douleurs.

Cependant BONNIN et DOUMER estiment que le bismuth n'est pas toujours bien supporté.

Le Mercure est recommandé par BONNIN, GIRAUD, MARCHAL.

DOUMER considère que l'efficacité du traitement mercuriel bien réglé dans la syphilis vasculaire est presque aussi sûre que celle du traitement par les arsénobenzènes et de plus, ce premier traitement est beaucoup mieux toléré par le malade.

GIRAUD signale l'action du cyanure de mercure qui influencerait heureusement l'angor des aortites syphilitiques.

Enfin DONZELOT lui donne sa préférence car il lui paraît moins agressif que le bismuth pour le rein et que l'arsenic pour le foie. Il remarque que ces sels ont en outre, l'avantage non négligeable chez de semblables malades de se comporter comme des diurétiques, venant ainsi en aide aux reins plus ou moins déficients.

Voici donc que était jusqu'à ces dernières années, l'opinion des auteurs sur l'ensemble de la thérapeutique anti-syphilitique quand

cette thérapeutique était préconisée pour les lésions cardio-vasculaires spécifiques.

Les Auteurs américains avec MOORE, STOKES, ANGLADE, RESINGER, etc., ont cependant étudié avec beaucoup plus de précisions le traitement de la syphilis cardio-vasculaire car chez eux, comme nous l'avons montré, cette lésion viscérale joue un grand rôle dans les accidents du tertiarisme.

D'après STOKES, deux principes doivent gouverner notre manière d'agir : le traitement doit être spécialement adapté à chaque patient et toutes les réactions produites par ce traitement doivent être évitées ; la rupture de la compensation du cœur syphilitique en particulier est une des plus graves réactions qui puisse se produire, car la décompensation dans ce cas peut rarement, si non jamais, être réparés et le traitement par la digitale ne donne plus alors aucun résultat. Et STOKES conclut : « Tout homme qui entreprend le traitement de la syphilis cardio-vasculaire sans avoir présents à l'esprit ces deux principes très importants, est coupable actuellement de criminelle négligeance ».

On comprend aisément que cette conclusion puisse chez un praticien un peu timide faire différer un traitement spécifique chez un cardio-aortique syphilitique. Nous pensons que cela ne doit pas être ainsi et qu'il faut toujours essayer chaque fois que les conditions étudiées plus loin le permettent, un traitement spécifique adapté comme l'écrit STOKES, à chaque individu.

Il est évident que l'on ne peut jamais être à l'abri même après s'être assuré par un examen clinique biologique et radiologique de l'état du malade, d'une réaction fâcheuse ou brutale.

Mais ne voit-on pas des réactions mortelles parfois après une simple injection de novarsénobenzol, même lorsque cette injection est faite au tout premier stade de la vérole.

La crainte de telles réactions obligerait certes d'une façon générale à des abstentions fréquentes en médecine et en chirurgie.

C'est donc seulement par les statistiques que nous pourrons juger du bien fondé d'un traitement et voir si par ce traitement, nous ne nous éloignons pas trop de l'adage « primum non nocere ».

Nous pouvons déjà dire ici que pour notre part, nous n'avons jamais eu à regretter d'avoir fait un traitement spécifique chez nos malades cardio-aortiques, malades qui furent évidemment particulièrement bien étudiés et particulièrement bien surveillés avant et au cours de notre traitement.

Voici comment la COOPERATIVE CLINICAL GROUP envisage d'une

façon générale le traitement des lésions de la syphilis cardiaque. Elle pense tout d'abord qu'il faut employer les injections de métaux lourds au début préférablement aux arsenicaux à petites doses. La question de savoir s'il est préférable d'employer le mercure ou le bismuth n'a pas encore été complètement élucidée. STOKES pense cependant que le bismuth est une drogue d'action plus vive que l'on ne le croit généralement et qu'ainsi il peut être générateur des mêmes réactions que les arsenicaux.

Toutefois si l'on est amené à ordonner le bismuth, il est préférable d'employer une solution aqueuse (sodium - bismuth - tartrate) plutôt que de larges doses de combinaisons huileuses.

La COOPÉRATIVE CLINICAL GROUP pense, en effet, que le bismuth après une série de mercure donne de bons résultats dans les aortites syphilitiques.

D'autre part, si l'état du sujet apparaît tel que, même de petites doses de bismuth puissent menacer d'arrêt la compensation cardiaque, le mercure par friction ou le « succinamide » intra-culculaire 2 ou 3 fois par semaine doivent être institués.

Par contre, MOORE, ANGLADE, RESINGER, ne semblent pas approuver la thérapeutique par les métaux lourds ; ils constatent que les malades atteints d'aortite syphilitique se trouvent mieux quand les sels de bismuth insolubles sont utilisés à cause de leur plus lente absorption. En outre, ils préfèrent le bismuth au mercure à cause de sa plus faible toxicité et de ses effets plus certains. Ils recommandent 0,1 gramme de bismuth tous les 4 ou 5 jours par séries de 4 à 5 injections. Si un tel dosage est bien toléré ainsi qu'on le voit vouramment, il est augmenté jusqu'à 0,2 gramme par semaine. Ce traitement est alors maintenu pendant 10 à 12 semaines.

MOORE conseille l'emploi des iodures en même temps que le traitement par les métaux lourds, si ce dernier a été institué. Il donne 1,3 gramme de iodure de potassium 3 fois par jour, dose qu'il augmente rapidement jusqu'au total de 4 grammes 3 fois par jour.

D'après les auteurs précités c'est à la suite de ces différentes thérapeutiques que l'utilisation du 914 peut être instituée.

En effet, si le 606 avait formellement contre-indiqué les arsenicaux, l'apparition du 914 a au contraire permis de les utiliser avec succès dans le traitement de la syphilis cardio-vasculaire.

Avant la découverte de cette nouvelle drogue, les réactions nocives déjà signalées précédemment ont été trouvées en Amérique comme étant plus nombreuses lorsque le 606 avait été administré à larges doses avec une petite ou sans préparation thérapeutique préalable.

Ces réactions ont d'ailleurs été étudiées soigneusement dans le but de découvrir les causes de la nocivité des arsénicaux et c'est par les réactions du myocarde syphilitique que les auteurs ont pensé trouver un dosage adéquat à la drogue.

Les études électro-cardiographiques faites à ce sujet par RIDEL et WILSON ont permis une compréhension plus nette des effets des arsenicaux sur le myorcarde; ils sont arrivés à la conclusion suivante : le muscle du cœur lésé par la syphilis est en état de déséquilibre qui le prédispose à la formation de foyers irritables; or, dans ces conditions l'administration des arsenicaux aux doses thérapeutiques habituelles peuvent produire une tachycardie ventriculaire ou une fibrillation ventriculaire, cette dernière étant évidemment fatale. De plus, le rythme idio-ventriculaire et le blocage partiel du faisceau de HIS ont été notés par WILSON et WILLE a relaté des défaillances cardiaques soudaines chez les sujets ayant cependant un état cardiaque satisfaisant avant le traitement. Pour ces auteurs ces « paradoxes thérapeutiques » seraient dus à une cicatrisation très rapide de la lésion syphilitique du myocarde, de l'aorte et des valvules, remplacée par du tissu fibreux. Quelques cas ont été notés dans lesquels la mort survenait dans les 24 à 48 heures qui suivaient l'injection arsenicale. La cause immédiate de la mort était due alors dans la majorité des cas, soit à une rupture de l'anévrisme aortique, soit à une atrésie aigue et quelquefois à une obstruction complète des orifices des artères coronnaires. Ce sont là, ces chocs thérapeutiques soudains, sévères et quelquefois mortels que nous avons désignés précédemment sous le nom de réaction de HERXHEIMER et dus comme nous l'avons dit à une réaction brutale de la lésion syphilitique accompagnée d'un œdème localisé produit par l'administration d'un arsenical.

Jusqu'à ce jour, étant donné cette méfiance croissante à l'encontre des arsenicaux, le traitement n'a jamais été établi d'une façon formelle et les idées sur la question n'ont guère beaucoup progressé depuis la communication de DONZELOT en 1927. Nous nous trouvions donc devant deux courants de pensées différentes: la pensée de ceux qui préconisaient la doctrine du laisser-faire et la pensée de ceux qui n'ont confiance que dans l'emploi des iodures et du mercure.

Mais de nos jours comme il a été dit plus haut, avec l'introduction et l'étude approfondie du 914, le problème thérapeutique s'est grandement simplifié.

L'introduction du 914 dans le traitement des lésions cardio-vas-

culaires syphilitiques ouvre donc une ère nouvelle dans la thérapeutique spécifique de cette localisation.

En effet, ce nouvel arsenical est de moindre toxicité et a des effets secondaires beaucoup moins sévères que ceux provoqués par le 606. S'il est administré judicieusement, il y a peu ou pas de réactions fâcheuses. Les sujets atteints d'affection cardio-vasculaire semblent bien tolérer la nouvelle drogue et les dangers, soit du paradoxe thérapeutique, soit de la réaction de HERXHEIMER, semblent écartés.

Il faut savoir que même avec le 914 il n'y a pas de formule universelle en ce qui concerne la thérapeutique des affections cardio-vasculaires syphilitiques; le traitement doit être en effet individualisé pour s'adapter à chaque cas particulier et aucune procédure empirique stricte ne peut être employée dans ce traitement.

Il est en effet hors de doute que la thérapeutique adéquate à chaque cas particulier dépend de la considération de nombreux facteurs. Ces facteurs primordiaux déjà étudiés succintement sont les suivants:

1. Présence ou absence de décompensation cardiaque.

2. Valeur de la contraction cardiaque.

3. Localisation ou extension des lésions syphilitiques sur l'appareil cardio-vasculaire.

4. Existence de complications telles que syndrome cardio-rénal, hypertension, âge et conditions physiques générales du malade.

Pour simplifier cette question délicate, MOORE a écrit plusieurs principes de thérapeutique et il pense que ces principes peuvent servir de base à un traitement anti-spécifique des lésions cardio-vasculaires syphilitiques.

Les trois plus importants de ces principes sont les suivants :

1° REPOS ET RESTRICTION DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE. — Le taux de restriction d'activité physique demandé doit être déterminé par le clinicien une fois que l'état du fonctionnement cardiaque du sujet lui est devenu familier.

2° USAGE DE LA DIGITALE. — Toutes les indications usuelles de la digitale doivent être observées. Le traitement immédiat d'un état de décompensation cardiaque, s'il existe, prend place alors au même titre que la thérapeutique anti-spécifique. Toutefois, si la digitale est employée, il semble que les doses doivent être plus élevées que dans le cas d'insuffisance cardiaque non compliquée de syphilis. La digitale n'est évidemment pas un traitement antispécifique, mais n'a de valeur que dans la suppression ou la regression de la défaillance cardiaque. Une fois que le degré maximum de décompensation cardia-

que a été restauré, on peut alors, et seulement alors, penser à la thérapeutique anti-syphilitique.

Cependant, il y a deux exceptions à cette règle :

a) En l'absence d'œdème, les iodures pensent être administrés sans danger pendant la période de la restauration de la compensation.

b) S'il y a des œdèmes, une drogue mercurielle peut être administrée pour ses effets combinés diurétiques et anti-syphilitiques.

3° THÉRAPEUTIQUE SPÉCIFIQUE. — On doit toujours administrer des drogues antispécifiques avec précaution. Les malades qui manifestent une franche symptomatologie doivent être traités avec plus de prudence que ceux qui ont des manifestations plus frustes. Cependant la thérapeutique arsenicale des lésions cardio-vasculaires peut être, suivant le cas, divisée en deux phases : traitement préparatoire pré-arsenical, thérapeutique arsenicale.

a) *Traitement préparatoire pré-arsenical.* — Il consiste essentiellement dans l'administration simultanée des métaux lourds et des iodures pendant une période de 10 à 12 semaines avant l'administration des arsenicaux et aux doses et intervalles de temps dont nous avons déjà parlé. .

b) *Thérapeutique arsenicale.* — Après deux mois et demi à trois mois du traitement par les métaux lourds et les iodures on peut envisager l'utilisation judicieuse du traitement arsenical. Toutefois, avant qu'une semblable drogue soit administrée, il est conseillé de réévaluer cliniquement la puissance cardiaque actuelle, car si à la fin de cette période préparatoire pré-arsenicale l'état fonctionnel de la circulation n'est pas normal, les arsenicaux sont contre-indiqués. Cependant s'il y a une réserve cardiaque adéquate, l'administration prudente de petites doses de 914 est justifiable.

La dose initiale est alors de 0,05 gramme. Celle-ci peut être augmentée graduellement jusqu'à 0,10 gramme une fois par semaine pendant trois mois. Aucune dose supérieure à 0,30 gramme ne doit être administrée. Jamais le 606 ne doit être ordonné à aucune dose que ce soit.

On peut rencontrer beaucoup de cas dans lesquels la restauration complète de la compensation n'est pas parfaite mais qui cependant montrent un degré modéré de réserve cardiaque; dans ces cas, l'administration intra-veineuse de 914 peut être cependant tentée mais

avec circonspection et un traitement mixte arsenical bismuthique serait préférable.

Il est important que la thérapeutique spécifique soit administrée continuellement pendant une période d'au moins deux ans en alternant les métaux lourds et les arsenicaux pendant une période de 2 à 3 mois.

Telles sont, d'une façon résumée, les notions qu'a préconisé MOORE et qui dirigent la majorité des cliniciens d'outre Atlantique.

Donc, une fois la série de traitement au 914 terminée, série qui dure environ 10 à 12 semaines, les cliniciens reprennent le bismuth et les iodures. Cette série de traitement dure environ 2 ans. Après les 2 ans, si la condition du sujet est toujours bonne, on peut permettre de longues périodes de repos, avec une série de bismuth et une série de 914 une fois par an pendant le reste de son existence.

L'état clinique du patient est certainement le seul guide réel pour le traitement et non la réaction de WASSERMANN car si un WASSERMANN positif ne doit jamais être pris comme un début de diagnostic, un WASSERMANN négatif ne doit jamais être pris comme une fin de traitement.

Si des réactions fâcheuses se produisent avec l'injection de 914 ou si l'on craint pour une raison ou pour une autre des réactions intempestives, il vaut mieux employer une association d'arsenic et de bismuth telle que le « Bismarsen » (STOKES, MILLER). Ces auteurs utilisent alors une dose initiale de 0,05 gramme qui est graduellement augmentée jusqu'à 0,1 gramme une fois ou deux par semaine en injections intra-musculaires par séries de 12 à 20 piqures. Ceux-ci, MOORE et ses élèves, trouvent cette drogue particulièrement salutaire dans le traitement de la syphilis cardio-vasculaire.

En France, et tout dernièrement, un assez grand nombre d'auteurs ont repris la thérapeutique par le cyanure de mercure déjà préconisée il y a quelques années par DONZELOT, BONNIN, GIRAUD et DOUMER.

Un nouveau rapport fut fait à la Société médicale des Hôpitaux du 14 mai 1943 sur l'action favorable des cures très prolongées du cyanure de mercure sur les lésions cardio-vasculaires syphilitiques.

Lucien ROUQUES et J. PAUTRAT rapportèrent ce jour là l'observation d'un malade atteint d'aortite syphilitique avec œdème pulmonaire aigu et décompensation, chez qui des résultats inespérés furent obtenus, après échec de tonicardiaques, par la méthode de cures prolongées au cyanure de mercure (88 injections intraveineuses quotidiennes consécutives, puis après le 15e jour de repos · 90) Ces auteurs signalèrent

la tolérance parfaite de cette thérapeutique malgré la perméabilité rénale diminuée du sujet.

Après ce traitement les auteurs entreprirent la thérapeutique antisyphilitique classique.

Voici d'ailleurs un résumé partiel de l'observation qu'ont rapporté L. ROUQUES et J. PAUTRAT au cours de la séance : il s'agit d'un malade de 58 ans qui a présenté en 1928 une artérite cérébrale syphilitique ayant laissé des séquelles hémiplégiques et aphasiques importantes. Depuis cette époque le malade n'a plus quitté les hôpitaux Les traitements qu'il subit furent désordonnés et toujours insuffisants. Les réactions sérologiques ne furent jamais négatives. En janvier 1941 furent trouvés chez lui tous les signes cliniques et radiologiques d'une aortite syphilitique. A cette époque, le malade ne fut pas mis d'emblée au traitement antispécifique car il était en état de défaillance cardiaque : dyspnée, tachycardie, bruit de galop parfois, légers œdèmes. Tension autour de 18-9 avec poussées hypertensives à l'occasion des grandes crises d'œdème aigu du poumon survenant toutes les trois ou quatre semaines environ.

Malgré les toni-cardiaques cet état ne fait qu'empirer et, en septembre, le pronostic paraissait très sombre; ce n'est qu'en désespoir de cause que les auteurs se décident à tenter le traitemeent antisyphilitique par de longues séries d'injections intraveineuses quotidiennes de cyanure de mercure, méthode préconisée par certains Ophtalmologistes et employée avec succès par DEGOS chez les syphilitiques ayant un WASSERMANN irréductible.

Le malade reçut 88 injections de cyanure (les dix premières d'un demi centigramme, les autres de un centigramme du 2-10-41 au 27-12-41 et 90 injections du 13-1-41 au 14-4-42).

Ce traitement ne détermine aucune réaction, ni au niveau de la bouche, ni au niveau des veines qui ne se thrombosèrent pas, ni au niveau des reins. Le malade fut donc tolérant au cyanure malgre ses tares viscérales démontrées par des lésions artérielles diffuses, une azotémie à 0 gr. 50, que l'élimination de la phénolphtaléine étudiée après disparition des œdèmes et de l'insuffisance cardiaque se soit montrée insuffisante (35 %).

Les résultats dépassèrent l'attente des auteurs; la dernière crise d'œdème aiguë survint au début de janvier 1942; la tachycardie, les œdèmes disparurent progressivement; dès le milieu de la deuxième série ils purent supprimer le régime et les tonicardiaques; la dyspnée d'effort ayant cessée, le malade recommença à circuler. L'état car-

diaque devint si favorable que, les réactions sérologiques restant positives, une série de novarsénobenzol (6 gr. 30 au total par voie veineuse, avec 9 injections de 0 gr. 60, le malade pesant 62 kilos) fut faite sans aucun incident du 16 juin au 10 août, puis en octobre une série de bismuth et de la fin décembre à février 1943, une série mixte novar-bismuth; après celle-ci et pour la première fois depuis quatorze ans, les réactions sérologiques furent toutes négatives.

Les auteurs constatent cependant que les signes physiques d'aortite n'ont subi aucune modification et que de nouvelles phases de défaillance cardiaque sont possibles, mais, il est hors de doute que l'état du malade est transformé : avant le traitement et malgré les tonicardiaques il était si dyspnéique qu'il ne pouvait quitter le lit ; depuis les injections de cyanure on a cessé les tonicardiaques : il circule et est resté plus d'un an sans avoir de ces crises d'œdème pulmonaire dont il présentait au moins une par mois.

Pour terminer L. ROUQUES et J. PAUTRAT concluent en ces termes :

« Il est permis de penser que c'est à la densité et à la continuité du traitement par le cyanure de mercure évitant toute réactivation, que sont dûs pour une part importante les bons résultats. Nous croyons pouvoir insister dès maintenant sur l'inocuité complète de la méthode même chez les cardiaques en décompensation. De la discussion qui a eu lieu ici en 1927 sur le traitement des affections cardio-vasculaires syphilitiques s'était dégagée la notion que le traitement spécifique ne devait pas être fait en principe aux malades en état de défaillance cardiaque; la technique des cures prolongées de cyanure permettra sans doute d'élargir les indications du traitement étiologique et d'en faire bénéficier les malades rebelles aux toni-cardiaques. »

FLANDIN souligne en outre, l'utilité du traitement par le cyanure de mercure chez les aortiques et les syphilitiques viscéraux qui donnent une amélioration suggestive et objective souvent extraordinaire dans les aortites. D'après lui, cette amélioration tiendrait surtout à l'action du médicament sur la périaortite.

Cependant SOULIE, d'accord dans l'ensemble, fit quelques réserves et entre autre la nécessité de n'aborder le traitement qu'avec prudence si le myocarde est touché et d'imposer au malade un repos au lit de quinze jours avant de commencer le traitement; le repos doit être absolu durant le traitement et la surveillance médicale stricte.

R. DEGOS a traité depuis 1937, 40 cas par cette métohde, ce qui lui permet d'en dégager les enseignements suivants : la tolérance est très

bonne ; la disparition des douleurs angineuses est habituellement rapide; plus lente est celle de la dyspnée, la disparition des troubles médiastinaux est souvent remarquable; il y a amélioration parfois inespérée des défaillances cardiaques rebelles à tous les toni-cardiaques. Les réactions sérologiques sont souvent négatives.

M. R. Degos ajoute que « l'on peut éviter les accidents de l'hydrargyrothérapie par une désinfection systématique et minutieuse des gencives effectuée par un stomatologiste, avant le début de la cure, et, au besoin, au cours de celle-ci. Les accidents surviendraient habituellement au début de la cure de cyanure, avant le quinzième jour; passé ce cap, le traitement peut être poursuivi sans ennuis. Si la stomatite survient, elle est rarement un obstacle à la poursuite du traitement; il suffit souvent de diminuer et d'espacer les doses (un demi-centigramme tous les 2 jours), pendant les premières semaines. De même la diarrhée, souvent sanglante, disparait par la prise quotidienne de 10 à 20 gouttes du mélange à parties égales de teinture de belladonne et de laudanum, tout en continuant le cyanure ; cette médication peut être commencée préventivement quelques jours avant le début de la cure et poursuivie pendant toute la durée de celle-ci chez les sujets à réaction intestinale facile. Si j'insiste sur ces détails c'est que j'ai été surpris du nombre de malades considérés comme « intolérants au cyanure » et a qui j'ai fait supporter plusieurs séries de 150 injections de cyanure en observant les précautions ci-dessus ».

Enfin, pour terminer ce compte-rendu de la Société Médicale des Hôpitaux, citons la communication de Ch. Laubry, G. Lenegre, A. Mathivat. Pour ces auteurs, les injections intraveineuses quotidiennes ou tri-hebdomadaires de cyanure de mercure donnent à la longue d'excellents résultats dans le traitement des aortites syphilitiques. L'angine de poitrine syphilitique disparait assez vite; les manifestations de l'insuffisance cardiaque beaucoup plus lentement. Les succès sont d'autant plus décisifs que les malades sont plus jeunes.

Ces traitements prolongés n'ont jusqu'ici provoqué chez leurs malades aucun incident mortel notable ou seulement imputable à leur état cardiaque. Même après 100 injections ou 200, les fonctions rénales ne sont pas troublées. Ces auteurs pensent donc que cette méthode représente un réel progrès sur les thérapeutiques rituelles, par courtes séries de cyanure, de bismuth ou de novarsénobenzol, moins efficaces ou moins inoffensives. Ils ajoutent toutefois qu'un traitement aussi assidu, qu'il faut peut être poursuivre sans interruption pendant des années ne saurait avoir que des indications précises, et qu'il ne faut les réser-

ver qu'aux seuls troubles cardio-vasculaires syphilitiques. Ce traitement ne doit donc jamais être prescrit aux nombreuses cardiopathies non spécifiques telles que : aortites rhumatismales, rétrécissements aortiques, ni aux obèses hypertendus, ni aux artérioscléreux et angineux car dans ces cas, le traitement injustifié éprouve seulement les fonctions rénales de ces malades, spécialement fragiles chez les grands hypertendus.

SOULIE insinue cependant que le cyanure peut agir comme l'iode dans les aortites non spécifiques.

Nous devons dire toutefois ici que le traitement par le cyanure de mercure peut être très mal supporté. Une de nos observations fera voir en effet la profonde intolérance d'un de nos malades au cyanure de mercure (*Observation III*).

Nous venons d'étudier le traitement de la syphilis cardio-vasculaire tel qu'il a été envisagé jusqu'à nos jours et nous avons montré pourquoi et comment les auteurs cardiologues et syphiligraphes ont opté pour tel ou tel mode de traitement et pour telle ou telle drogue antispécifique.

Dans la deuxième partie de cet ouvrage nous allons montrer comment nous envisageons le traitement et pourquoi nous avons modifié la façon d'agir généralement acceptée vis-à-vis de la thérapeutique de la syphilis cardio-aortique.

DEUXIÈME PARTIE

Comment concevons-nous le traitement de la Syphilis Cardio-Vasculaire.

BASES ET RAISONS DE CETTE CONCEPTION

Jusqu'ici nous avons montré, soit par les opinions des maîtres de la cardiologie et de la vénéréologie, soit par les statistiques, soit enfin par quelques brefs aperçus physio-pathologiques, que la majorité des affections cardio-vasculaires spécifiques étaient améliorés par le traitement anti-syphilitique.

Nous avons pu constater en outre, au cours de cette première partie que des contradictions très nettes avaient été formulées dans la conduite du traitement, contradictions au sujet des drogues anti-syphilitiques employées, au sujet du mode de leur emploi ou des époques auxquelles ces drogues étaient employées. D'une manière générale, il faut cependant reconnaître que la majorité des auteurs était sensiblement d'accord sur les trois points suivants :

1° Le traitement doit être individualisé pour s'adapter à chaque cas particulier; donc, avant le traitement un examen approfondi du malade doit être fait pour étudier principalement la valeur du myocarde, la compensation cardiaque et le bilan hépato-rénal (DONZELOT, MOORE).

2° Un traitement symptomatique et fonctionnel par les tonicardiaques doit être institué avent le traitement antispécifique.

3° Méfiance extrême des auteurs à l'égard des arsenicaux; si ceux-ci sont employés, la cure arsenicale doit être préparée longtemps à l'avance par une thérapeutique par les métaux lourds ou le bismuth.

D'ores et déjà, nous pouvons dire que nous ne retiendrons ici que le premier de ces trois points, les deux derniers étant critiquables à notre avis.

Comme la totalité des auteurs, nous ne commencerons pas le traitement d'un malade atteint de cardio-aortite spécifique sans étudier avec soin l'état de ce sujet et nous ne négligerons pas en particulier

l'état fonctionnel de son myocarde par la palpation, la percution, l'auscultation et la prise de tension artérielle. Nous examinerons soigneusement ses émonctoires et en particulier son foie, ses reins, l'état de sa bouche; nous ferons tous les examens biologiques jugés utiles et nous rechercherons en particulier l'albuminurie, la glucosurie, l'azotémie, examens successifs que l'on doit faire d'ailleurs chaque fois que l'on entreprend un traitement anti-spécifique quelconque pour tâcher d'éviter les accidents d'intolérance et pour juger en outre, et plus particulièrement dans ce cas, l'évolution de la maladie.

De tous les grands syndromes cardio-vasculaires, nous ne voyons que deux cas qui puissent nous faire différer le traitement anti-spécifique; ce sont les grands syndrômes paroxistiques et l'étape ultime de l'asystolie.

Il est évident qu'en présence d'une crise aiguë d'œdème du poumon, nous ne devons pas nous attarder a un traitement spécifique : notre geste sera le geste classique du praticien : saignée, ouabaïne intra-veineuse et morphine si cette dernière est jugée utile. Ce ne sera donc que les jours suivants, lorsque le myocarde sera devenu plus tonique par une série quotidienne de ouabaïne et que les phénomènes se seront amendés, que l'on pourra entreprendre le traitement spécifique.

C'est ainsi que dans une de nos observations (ob. n° 3) nous n'avons pas différé un seul instant l'arseno-thérapie malgré les apparitions menaçantes d'œdème aigu. Bien au contraire, par le traitement arsenical les crises d'œdème aigu se sont espacées de plus en plus. Ce traitement comme nous le montrerons plus tard, devra être conduit d'une façon prudente mais cependant vigoureuse.

S'il s'agit maintenant de l'étape ultime de l'asystolie, montrant d'une façon hélas trop objective, l'état désespéré du sujet, il va s'en dire que la thérapeutique spécifique ne sera plus de mise dans ce cas, et que le malade devra être considéré avant tout comme un cardiaque, dont le traitement symptomatique n'aura malheureusement qu'un effet purement moral.

Si nous considérons les émonctoires, nous pouvons dire déjà que, pour instituer un traitement anti-syphilitique, il ne faudra pas obligatoirement les trouver parfaits, car cette heureuse condition ne se trouve que très rarement réalisée chez un cardio-aortique syphilitique. Si donc, le foie et les reins ne sont pas trop déficients, il faudra rabattre notre espoir sur la nature souvent spécifique de leurs

lésions, lésions qui appellent alors un traitement anti-syphilitique. Il faut admettre d'ailleurs que la fonction anti-toxique de ces glandes est rarement assez lésée pour imposer l'abstention ; si cette fonction nous paraissait par contre trop altérée, un traitement prudent à doses initiales faibles et lentes mais progressives devra être institué.

D'après ce qui vient d'être dit, nous ne croyons donc pas « devoir différer les drogues anti-syphilitiques même en présence d'une tachycardie, d'un bruit de galop, d'hypertrophie modérée du ventricule gauche ou d'un pouls alternant, comme les auteurs ont cru devoir le faire jusqu'ici. De plus, puisque on ne peut pas exiger de ces malades des émonctoires absolument parfaits, indemnes de toute insuffisance, nous ne croyons pas devoir remettre à une époque plus lointaine un traitement spécifique qu'une hépathomégalie discrète, une urée à 0,60 gramme, une constante d'AMBARD laissant à désirer, auraient fait différer par certains ». (R. GOUZY, thèse Toulouse 1940).

Nous devons discuter maintenant le deuxième point : nous disons tout de suite que nous ne partageons en aucune façon l'opinion des auteurs sur le traitement fonctionnel et symptomatique des cardio-aortites spécifiques, traitement qui doit précéder celui des drogues anti-syphilitiques.

Pour défendre notre thèse, nous emprunterons la plus grande partie de nos raisonnements à un de nos plus grands maîtres de la cardiologie, LAUBRY.

Dans cet ordre d'idée, l'argument le plus massif nous est fourni par deux comparaisons qu'établit cet auteur : comparaison entre le cœur syphilitique et le cœur sénile, comparaison entre le cœur syphilitique et le cœur rhumatismal.

La première comparaison n'est faite que d'oppositions et montre les différences d'adaptation de l'organisme au cœur malade. Le deuxième parallèle montre la similitude d'évolution des deux maladies.

LAUBRY compare tout d'abord le tableau clinique de la syphilis cardiaque avec celui des cardiopathies séniles.

Pour cet auteur, la syphilis cardiaque est une sénilité précoce avec l'énorme différence toutefois que l'adaptation de l'organisme vis-à-vis du cœur malade n'est pas la même. Si le cœur du vieillard a comme chacun le sait une évolution lente pouvant tromper les pronostics les plus sévères, les cardiophathies syphilitiques au contraire, sont brutales, rapides, tenaces et toujours récidivantes. Si le vieil-

lard supporte à merveille l'arythmie complète, le pouls lent permanent, une sclérose progressive, l'adulte syphilitique frappé des mêmes symptomes, voit au contraire sa vie perpétuellement en danger. Cette différence vient, comme nous l'avons suggéré tout à l'heure, de l'évolution même de ces différents maux et pour cela même de la faculté d'adaptation de l'organisme à ces maux. Chez le vieillard l'évolution est lente, l'organisme a donc tout le temps nécessaire pour trouver des compensations désirables; chez les syphilitiques au contraire, l'évolution est rapide et l'organisme se trouvant pour ainsi dire sidéré n'a plus le temps de réaliser et de profiter de ses réactions de défense. De plus, ces poussées suraiguës du mal syphilitique ne se font pas uniquement sur l'aorte et les vaisseaux comme au début de l'artériosclérose, mais aussi, comme nous l'avons montré sur le myocarde, au niveau du médiastin et du péricarde, poussées pouvant gêner de plus en plus le fonctionnement du cœur, un facteur mécanique s'ajoutant ainsi petit à petit au facteur infectieux toujours en évolution sur le myocarde et sur l'aorte.

Ce facteur infectieux progressant donc rapidement, peut arriver comme on le voit couramment à la création de l'insuffisance aortique; dès lors, du fait que les valvules aortiques sont lésées, un poids additionnel est placé sur le myocarde et en toute probabilité un rétrécissement de l'orifice coronarien apparaît. Ce retrécissement donne ainsi une déficience supplémentaire au myocarde par sa mauvaise irrigation. A ce stade là, il apparaît clairement que les dangers d'une rupture de la compensation est imminente et que par conséquent, le premier devoir du clinicien sera d'éviter à tout prix cette complication sinistre. Nous verrons donc comment tout praticien devrait agir pour retarder cette évolution fâcheuse.

La deuxième comparaison établie par LAUBRY, montre que l'évolution de la syphilis cardio-vasculaire laissée à elle seule, et pouvant nous amener rapidement comme nous venons de le dire à l'asystolie, est sensiblement comparable à celle du rhumatisme cardiaque évolutif.

Nous savons que le rhumatisme cardiaque évolutif affecte presque toujours la valvule mitrale. Nous savons aussi que la valvule mitrale peut être lésée congénitalement sans qu'un élément infectieux puisse intervenir, du moins à notre connaissance. Or dans cette dernière affection, nous voyons que la compensation est longtemps conservée et que cette forme de rétrécissement est parfaitement bien tolérée, l'asys-

tolie n'arrivant que très tardivement et étant due uniquement à l'élément mécanique.

Par contre, dans la forme acquise, nous savons que l'élément infectieux domine et qu'à l'opposé de la forme congénitale, l'asystolie s'installe d'une manière précoce et progressive. D'après ce que nous avons vu, il tombe sous le sens que le processus syphilitique est exactement superposable au processus rhumatismal. C'est parce que le myocarde subit les atteintes du tréponème, que de profondes modifications ont lieu au niveau des parois de l'aorte, des valvules et des orifices coronariens et que les deux facteurs infectieux et mécaniques sont presque toujours associés, que nous arrivons à une décompensation rapide, progressive et très difficilement réductible.

Si nous envisageons maintenant la première ou la deuxième comparaison non plus au point de vue clinique mais au point de vue thérapeutique, nous voyons qu'il faut s'abstenir de toute perte de temps et que par conséquent, un traitement anti-infectieux doit être institué dans les plus brefs délais.

Pas plus que nous n'attendons le retour normal des bruits et de la fonction cardiaque dans le rhumatisme évolutif pour instituer la médication salycylée, nous ne devons pas non plus attendre la disparition d'une tachycardie, d'un bruit de galop, le retour à la normale d'une légère azotémie ou la regression d'une hépatomégalie discrète, pour instituer le traitement spécifique.

En effet, à quoi bon perdre un temps précieux par un traitement symptomatique, quand, de l'avis même des auteurs qui le préconisent, les tonicardiaques restent sans effet ou ont un effet à peu près nul sur les insuffisances cardiaques d'origine syphilitique. LAUBRY, n'écrit-il pas à ce sujet « qu'il ne faut jamais perdre de vue que les affections cardiaques qui relèvent de la vérole sont, par excellence, des cardiopathies évolutives, c'est-à-dire pour lesquels les tonicardiaques ne sont que des moyens symptomatiques forcément insuffisants ».

Donc, puisqu'il s'agit de « cardiopathie évolutive », notre premier devoir sera d'enrayer cette évolution avant que ne soient frappées par les atteintes de la syphilis d'autres fibres cardiaques ce qui, évidemment ne ferait qu'aggraver d'autant la capacité fonctionnelle du myocarde.

D'ores et déjà, nous voyons donc que nous ne pouvons pas partager la façon de voir de la plupart des auteurs et, en particulier de DONZELOT et de MOORE qui, par un traitement symptomatique préspécifique,

retarde d'autant la régression ou, tout au moins, la fixation des lésions syphilitiques et favorise au contraire un peu plus leur évolution.

Ceci nous amène pour les mêmes raisons à critiquer le 3e point. Dès que le diagnostic étiologique de la lésion cardio-vasculaire est fait et que les examens symptomatiques et biologiques du malade ont été faits on doit, si ces derniers le permettent, envisager rapidement avec prudence, mais aussi avec vigueur, le traitement antisyphilitique.

Discuter de ce traitement revient donc à critiquer les drogues antispécifiques et dire pourquoi nous préférons telle drogue à telle autre et pourquoi nous employons telle ou telle posologie.

CYANURE DE MERCURE. — Nous avons vu que le cyanure de mercure avait un regain de faveur avec ROUQUES, PAUTRAT, SOULIE, LENEGRE. Nous ne dissimulerons pas cependant avec notre maître, le Professeur NANTA que nous considérons ce médicament comme étant de deuxième importance dans la thérapeutique des affections cardio-vasculaires syphilitiques. Coefficient de MILIAN : 4). Le cyanure de mercure est en effet, un antisyphilitique peu actif ; or, nous avons fait voir que dans les cas qui nous occupent, il fallait agir vite et suffisamment fort pour chercher d'arrêter le plus rapidement possible l'évolution des lésions. En outre, les phénomènes d'intolérance avec le cyanure de mercure sont plus fréquents qu'on ne le croit en réalité. C'est en effet un produit nocif susceptible de déterminer des lésions cutanées importantes telles que erruptions érythémato-vésiculaires ou desquamantes, surtout si le sujet est un insuffisant hépathique ou rénal. Si le sujet est particulièrement sensible on peut voir un syndrome dysentérique s'installer rapidement nécessitant évidemment l'arrêt de la méthode mercurielle. On peut voir une néphrite se traduisant par l'apparition d'une simple albuminurie prouvant l'atteinte rénale par le médicament et obligeant là encore, la suppression de la médication hydrargyrique. La stomatite est cependant relativement rare avec le cyanure de mercure.

Pour terminer cette critique nous dirons que la méthode de traitement préconisée ces dernières années ne nous semble guère pratique, l'inconvénient résidant dans la répétition des injections qui doivent se faire tous les jours ou tous les deux jours pendant longtemps.

Pour notre part, nous n'utiliserons donc le cyanure de mercure que s'il y a intolérance vraiment démontrée pour les arsenicaux ou le bismuth.

Toutefois, si nous craignons une réaction trop vive de HERXHEIMER, il sera bon de faire trois ou quatre injections de cyanure de mercure avant d'entreprendre la médication plus violente par les arsenicaux, précaution que l'on voit faire couramment dans l'application du traitement de la syphilis nerveuse.

BISMUTH. — C'est un produit de forte activité antispécifique (coefficient de MILIAN : 7). Maheureusement il présente aussi quelques inconvénients surtout chez les sujets qui ont une bouche en mauvais état. Les accidents de stomatite sont assez fréquents : liséré gengivale tâches bleu foncé sur toute la muqueuse de la bouche, puis, à un degré plus élevé, gengivite, stomatite ulcéreuse, interdisant alors la continuation du traitement bismuthique.

On peut voir apparaître aussi des troubles du fonctionnement rénal: polyurie, épithéliurie, albuminerie et parfois même une véritable néphrite toxi-infectieuse nécessitant encore l'interruption momentanée ou définitive du traitement.

L'ictère bismutique, par contre, est rare et en général bénin.

Malgré ces inconvénients, nous considérons ce médicament comme ayant une plus grande valeur que celle du cyanure de mercure.

Nous l'emploierons dans les cas d'intolérance manifeste des arsenicaux, dans les cas d'arseno-résistance ou dans une cure mixte arséno-bismuthique.

ARSENICAUX. — (Coefficient de MILIAN : 10). Nous ne parlerons par des accidents immédiats qui suivent l'injection des arsenobenzènes, car ces accidents ne relèvent en aucune façon de l'état du cœur ou des émonctoires.

Par contre, dans les accidents précoces qui surviennent entre le deuxième et cinquième jour après l'injection, nous ne retiendrons que la réaction de HERXHEIMER qui, comme on l'a vu, risque d'être grave quand la lésion syphilitique siège au niveau du cœur. Nous savons cependant, que cette réaction peut être évitée ou tout au moins très diminuée si l'on fait précéder l'injection arsenicale d'une courte série (3 à 4 piqures) de cyanure de mercure. Cette réaction n'est en outre, que passagère et il convient lorsqu'on la constate d'augmenter la posologie du médicament en cause. Cependant si cette réaction se produisait sur les plaques gélatiniformes de l'embouchure des coronaires, elle pourrait être grave. Mais dans ce cas, nous devons penser, si un accident mortel se produisait, que l'importance des

lésions aurait alors rendu l'évolution de la maladie laissée à elle seule extrêmement rapide et fatale.

Les accidents tardifs surviennent entre une semaine et six mois après les injections; ils se traduisent par des éruptions, de l'ictère, des altérations sanguines.

Chez les sujets ayant une sensibilité cutanée anormale pour les arsenobenzènes, on peut voir des érythèmes qui ont pour caractères communs de guérir très rapidement et de ne s'accompagner d'aucun phénomène grave. Ces érytèmes dont la pathogénie est discutée (érythèmes toxiques pour les uns, érythèmes biotropiques par réveil d'un microbisme latent pour les autres) ne commande pas l'interdiction du médicament, mais néanmoins une grande prudence dans son maintien (diminution et reprise progressive des doses, par exemple).

Il peut exister cependant des érythrodermies vésiculo-œdémateuses infiniment plus graves que les érythèmes précédents. Elles sont d'apparition tardive, en général entre 12 à 15 jours après la fin d'une première série d'injections. Cet accident contre-indique alors formellement la reprise d'une autre série d'injections.

L'étude de l'ictère est certainement plus complexe; c'est une des complications arsenicales qui nous intéresse en premier chef. C'est un accident relativement fréquent. Il apparaît soit précocement, soit plus généralement à une période tardive (10 mois après une série d'injections). C'est un ictère bénin du type catarrhal, exceptionnellement un ictère grave ou aggravé.

Sa pathogénie est encore fort discutée; ictère syphilitique par hépatite réactionnelle du type HERXHEIMER ou par libération de toxine due à la lyse des tréponèmes sous l'influence de la médication arsenicale (parasitoclasie) — ictère infectieux dû, comme les érythèmes au réveil d'un microbisme latent (ictère biotropique) — ictère toxique dû à l'hépatotropisme de l'arsenic — enfin ictère allergique dû à la sensibilité spéciale aux arsenobenzènes chez un sujet qui est fréquemment, comme nous l'avons vu, un déficient hépatique. Dans ce dernier cas, le fait de continuer la thérapeutique arsenicale désensibiliserait le sujet et il n'y aurait pas aggravation.

Quoiqu'il en soit les auteurs en présence d'un ictère persistant préfèrent supprimer le traitement arsenical et le remplacer par le cyanure de mercure ou le bismuth.

Les accidents sanguins arsenobenzoliques, d'ailleurs rares, n'ont rien de particulier dans la conduite du traitement chez les syphilitiques cardio-vasculaires. Il s'agit en général de purpura simple ou

de purpura hémorragique, d'anémie aplastique et d'agranulocytose dues à l'atteinte de la moelle osseuse probablement par la toxicité du noyau benzol.

Les accidents rénaux sont peu variés; on ne signale que de l'albuminurie, d'ailleurs exceptionnelle.

Des quelques mots que nous venons d'écrire sur l'action thérapeutique des drogues anti-spécifiques, nous voyons que les arsenicaux ont un pouvoir anti-syphilitique beaucoup plus élevé que le bismuth ou le mercure.

Nous avons pu constater cependant que la thérapeutique arsenicale avait surtout pour les cas qui nous occupent, deux inconvénients à son actif: la possibilité de réaction de HERXHEIMER et son action nocive sur le foie.

Or, nous avons vu que la réaction de HERXHEIMER pouvait être évitée ou tout au moins diminuée par une courte série de cyanure. Quant à l'ictère si souvent bénin et en général tardif, nous ne pensons pas qu'il puisse contrindiquer une thérapeutique dont les effets sont, par ailleurs, si salutaires et si pleinement en accord avec notre façon d'envisager l'évolution des lésions syphilitiques cardio-vasculaires.

Les lésions rapidement évolutives, la décompensation rapide du cœur syphilitique nous amènent en effet à agir vite et à frapper fort; le novarsénobenzol est donc pour cette raison le médicament de choix, car le plus efficace des arsenicaux.

Là encore, nous pouvons faire une comparaison avec le traitement des syphilis nerveuses. Dans ce dernier cas, nous savons que les auteurs sont tous d'accord pour frapper rapidement et fort, et pour préconiser le novarsénobenzol. Cette manière d'agir n'est pas faite seulement pour stopper rapidement l'évolution néfaste des lésions, mais elle est commandée en outre par la nature même du tissu lésé; le tissu cardiaque est comparable au point de vue de sa défense vis-à-vis du tréponème au tissu nerveux; c'est un tissu qui se défend mal ou qui permet peut-être aux spirochètes de se défendre plus facilement contre le médicament apporté à l'organisme.

Nous répétons donc à dessein que la thérapeutique arsenicale doit être toujours tentée la première et le plus rapidement possible dès le diagnostic de syphilis cardio-vasculaire posé, en tenant compte cependant de tout ce qui a été dit sur l'examen préalable du sujet malade.

Nous pensons et nous ferons voir dans nos observations qu'ainsi les troubles cardiaques peuvent cesser d'évoluer et sont même souvent en

régression, permettant ainsi au sujet spécifique, sinon une bonne récupération sociale, tout au moins une vie prolongée et améliorée.

Toutefois, ce traitement d'attaque peut être parfois mal supporté comme on le voit d'ailleurs dans n'importe quel cas de syphilis, sans que cette intolérance soit imputable directement à la lésion cardiaque ou aux émonctoires. De plus, on peut avoir une véritable arséno-résistance. En présence de telles éventualités nous employons, toujours pour les mêmes raisons, le médicament le plus actif après les arsenicaux, c'est-à-dire le bismuth. Si celui-ci ne convient pas pour les mêmes raisons que les précédentes, nous aurons recours au mercure et nous tâcherons alors d'employer la nouvelle méthode des cures prolongées de cyanure.

Cette brève discussion nous amène donc à conclure que le traitement doit être éclectique, comme chaque fois qu'il s'agit d'un traitement anti-syphilitique quelconque. .

Il faudra par conséquent, rechercher la susceptibilité du sujet, sa résistance vis-à-vis de la drogue et choisir telle ou telle médication suivant le cas, en ne perdant jamais de vue ce principe fondamental de notre thèse : le traitement doit être le plus précoce, le plus énergique possible et prolongé pendant longtemps.

Voici d'ailleurs le schéma qui résumera toute cette question thérapeutique.

SCHEMA DE NOTRE TRAITEMENT

Le diagnostic clinique et étiologique des lésions cardio-vasculaires syphilitiques est fait. Le sujet est étudié minutieusement au point de vue cardiaque, émonctoire et état général. On ne trouve chez lui ni asystolie, ni crise paroxystique d'insuffisance gauche, la fonction rénale et hépatique ne laisse pas trop à désirer. Nous entreprendrons alors sans nous attarder à la thérapeutique par les toni-cardiaques, la médication spécifique.

Le début sera progressif pour éviter la réaction de HERXHEIMER ; on emploiera soit le cyanure, soit quelques piqures de bismuth.

Puis, on instituera la médication arsenicale : notre choix sera fixé sur le 914 ou novarsénobenzol ; les premières doses de novarsénobenzol seront faibles et la susceptibilité du sujet au médicament sera surveillée ; on montera ensuite progressivement pour ne pas dépasser en principe la dose de 0 gr. 60 à 0 gr. 75 par injection. Nous ferons une

piqûre par semaine sans dépasser la dose totale qui sera de trois à cinq grammes par série.

Nous choisissons le novarsénobenzol parmi les arsenicaux parce que c'est le plus puissant de ce groupe et parce que son mode d'introduction se fait par voie veineuse. Son action est donc plus rapide, plus forte, plus massive au niveau des parois du cœur, de l'aorte et des vaisseaux.

Si nous devons employer le bismuth, soit que le malade soit intolérant au 914, soit qu'il ne puisse pas supporter le mode d'introduction par voie veineuse, nous emploierons de préférence l'iodo-bismuthate de quinine ou Quinby à raison de deux piqûres intramusculaires de 3cc chacune par semaine. Toutefois au début du traitement nous ne ferons qu'une demi-ampoule par piqûre soit un cc. et demi. La dose totale sera de 42 cc., c'est-à-dire que l'on devra faire environ une série de 14 piqûres.

Enfin si nous devons employer le cyanure de mercure, la dose initiale sera de 0 cgr. 50 pour passer ensuite à une dose de 1 cgr. à raison d'une injection tous les deux jours. Si cette médication est bien supportée soit naturellement, soit par les soins spéciaux préconisés par DEGOS nous ferons de longues séries de 60 à 90 piqûres espacées de quelques semaines seulement.

Que ce soit avec le novarsénobenzol, le bismuth ou le mercure, il nous faudra faire un traitement de longue haleine. Pendant quatre ou cinq ans nous devrons faire au moins quatre à cinq séries par an, en ayant soin de faire à chaque nouvelle série une réévaluation clinique, radiologique et biologique du sujet. Passé ce temps nous ne ferons plus qu'une à deux séries par an et cela pendant de nombreuses années.

Le traitement d'une année ne devra pas être, si cela est possible, monomédicamenteux. Nous devrons faire, soit des cures mixtes novar-bismuth, soit alterner les séries d'arsenic, de bismuth ou de mercure. Nous devons enfin ajouter que la médication iodée pourra nous rendre de grands services en la prescrivant pendant l'intervalle des cures, chaque fois que l'on ne se heurtera pas à des idiosyncrasies.

En définitive nous voyons que la thérapeutique de la syphilis cardiaque ne diffère que fort peu du traitement de la syphilis en général. La seule différence réside dans les précautions que l'on doit prendre avant d'instituer la médication (examen plus complet et plus attentif du malade), dans la posologie des drogues qui doit être prudente au début du traitement et enfin dans la surveillance des phénomènes précoces d'intolérance ou de résistance.

OBSERVATIONS

Comme il a été dit au début de cet ouvrage, notre Maître le Professeur NANTA, a montré depuis longtemps que les lésions cardio-vasculaires syphilitiques étaient fréquentes et graves et qu'il fallait les soumettre à un traitement spécifique énergique. Depuis de nombreuses années la clinique dermatologique de Toulouse a pour cette raison particulièrement étudié les formes cliniques et la thérapeutique de la syphilis cardio-vasculaire. Nous possédons donc aujourd'hui plus d'une centaine d'observations fort instructives. Parmi ces observations nous ne donnerons ici que celles qui nous paraissent être les plus dignes d'intérêt au point de vue thérapeutique seulement.

OBSERVATION N° 1

M..... (Marie), 53 ans vient consulter à la clinique de dermatologie en février 1939, pour hyperkératose palmaire et plantaire. Les lésions ont une disposition symétrique papuleuse et circinée.

Etant donné la fréquence de la spécificité dans l'étiologie des hyperkératoses des extrémités, nous dirigeons l'interrogatoire dans ce sens et nous apprenons que la malade a fait trois fausses couches.

L'examen général montre l'intégrité des divers appareils, mais l'atteinte de l'appareil circulatoire. L'hyposystolie est flagrante :

— Présence d'un souffle holosystolique perceptible le long du bord droit du sternum, avec maximum au niveau du foyer aortique, ne s'accompagnant pas de frémissements..

— Le deuxième bruit est clangoreux.

— Le siège de la pointe ne peut être précisé car la malade est obèse.

— L'auscultation ne révèle aucun souffle à ce niveau.

— La tension artérielle prise à l'oscillomètre de PACHON s'élève à 25 pour le maxima, 12 pour le minima.

La malade se plaint de dyspnée au moindre effort.

Il n'existe par ailleurs aucun signe de syphilis nerveuse, les pupilles sont égales, les réflexes à la lumière conservés.

Un examen sérologique est pratiqué ; les réactions de BORDET, WASSERMANN et de MEINICKE sont négatives.

Dans les urines absence de sucre, absence d'albumine.

Le traitement ne pourra être conduit selon nos méthodes habituelles. En effet, les veines du pli du coude sont complètement invisibles, à peine palpables.

Devant les difficultés que nous avons à prélever le sang destiné aux examens de laboratoire, nous renonçons à instituer un traitement par le novarsénobenzol intraveineux et nous soumettons le malade à la cure bismuthique.

14 injections de BIVATOL, puis 14 injections de QUINBY sont pratiquées de février à mai 1939.

En même temps que disparaissent les lésions hyperkératosiques, regressent les signes d'hyposystolie : le pouls se ralentit, le clangor s'atténue, la dyspnée se calme. Cependant le souffle persiste.

En juin, 3 grammes 50 de sulfarsénol sont injectés par voie intramusculaire. La tension artérielle prise à la fin de ce traitement montre une diminution de la pression différentielle : le maximum ne s'élève plus qu'à 20, le minimum à 9.

En septembre 1939 :

La dyspnée a complètement disparu.

Une légère tachycardie persiste.

Le souffle systolique est inchangé.

Les lésions d'hyperkératose sont très améliorées.

Un traitement bismuthique est repris par le Bivatol.

A la quatrière injection : la tension artérielle est de 17-9.

Le malade recevra 10 autres injections de ce sel.

Ce traitement commencé en octobre prend fin en décembre 1939.

En mars 1940, après 3 piqûres de QUINBY, la tension artérielle est de 20-10.

Le pouls est à 72.

Les lésions d'hyperkératose sont sans changement.

Depuis, cette malade a été régulièrement traitée par des séries alternées de sulfarsénol et de bismuth. C'est en alternant sufarsénol et bismuth que les meilleurs résultats ont été obtenus.

OBSERVATION II.

C..... (Jean) domestique, âgé de 71 ans, vient consulter le 26 avril 1939.

Un mois auparavant, apparition d'œdème au niveau du sillon balano-préputial. Rapidement cette lésion s'ulcère. En même temps s'installe une dyspnée au moindre effort.

Ce sont ces deux raisons qui le conduisent à la clinique de dermatologie.

Antécédents — Blennorragie en 1915. — Lupome opéré en 1912. — Hernie inguinale gauche opérée il y a 7 ans. — Marié. Une fille en bonne santé. Pas de fausses couches chez sa femme.

Examen. — Au milieu du prépuce œdématisé nous constatons de part et d'autre du frein la présence d'une ulcération de 2 cm 5 de longueur sur 1 cm 5 de largeur.

Le frein lui-même est ulcéré.

Les bords réguliers sont taillés à pic.

Le fond est sanieux, d'aspect sphacélique.

L'odeur qui s'en dégage gêne l'examen.

L'adénopathie inguinale est bilatérale, volumineuse, indolore.

Nous portons le diagnostic d'ulcération phagédémique tertiaire syphilitique. Trois jours plus tard le laboratoire confirme notre diagnostic de syphilis. La réaction de BORDET-WASSERMANN est fortement positive dans le sang. Nous recherchons s'il n'existe aucune lésion viscérale associée.

L'appareil nerveux est indemne.

Mais l'appareil cardio-vasculaire est lui aussi lésé par le tréponème.

Un souffle systolique nettement perçu à la base, un deuxième bruit clangoreux, expliquent suffisamment la dyspnée dont se plaint le malade.

De plus les urines sont légèrement albumineuses (traces), le foie est gros et douloureux. La tension artérielle prise avec l'appareil de VAQUEZ-LAUBRY est de 17 pour la maxima et de 8 pour la minima.

Traitement. — Nous soumettons le malade à la cure mixte arsenico-bismuthique.

Du 27 avril au 30 mai, C..... (Jean) reçoit 2 gr. 70 de novarsénobenzol en 5 injections intraveineuses.

1° Injection	à 0 gr. 45
2° Injection	à 0 gr. 45
3° Injection	à 0 gr. 60
4° Injection	à 0 gr. 60
5° Injection	à 0 gr. 60

en même temps que 8 injections intramusculaires d'iodo-bismuthate de quinine (QUINBY).

Le malade quitte l'Hôtel-Dieu le 1er juin : sa dyspnée a disparu, ses lésions phagédémiques sont en bonne voie de guérison. On ne le revoit plus. C... (Jean) n'ayant pas suivi nos conseils. Quatre mois plus tard il présente une récidive locale, mais ses lésions cardiaques restent améliorées; en particulier le malade ne présente plus de dyspnée d'effort. Il est hospitalisé à nouveau pour recevoir une deuxième cure arsenico-bismuthique qu'il tolère aussi bien que la première; depuis cette époque le malade est traité régulièrement par 3 séries de piqûres de bismuth, plus une série de novarsénobenzol par an; les phénomènes fonctionnels cardiaques n'ont jamais plus reparus.

Ce malade tolère fort bien tous les produits spécifiques.

OBSERVATION III

Maladie de HODGSON. — *Grande insuffisance ventriculaire gauche*

V... (Jean), 45 ans, matelassier, sujet espagnol, vient consulter à la clinique de dermatologie le 10 novembre 1938. Il s'agit d'un homme usé au faciès aortique.

Depuis le mois d'août, dyspnée constante même dans le décubitus avec recrudescence marquée au moindre effort. Actuellement tout travail est impossible. De plus V... (Jean) se plaint d'une sensation de constriction thoracique douloureuse angoissante de siège rétrosternal, sans irradiation vers le membre supérieur gauche.

En dehors de ces symptômes déjà graves par eux-mêmes, le malade vient consulter parce que le soir ses jambes sont enflées.

Antécédents. — Il n'a jamais présenté de maladie de BOUILLAUD. Par contre, il avoue une syphilis contractée à l'âge de 12 ans à Barcelonne et traitée par une médication buccale.

Il a trois enfants bien portants. Sa femme n'a jamais eu de fausse-couche.

Les symptomes accusés par le sujet attirent notre attention sur l'appareil circulatoire.

Nous constatons une danse des artères avec violents battements carotidiens au-dessus de la fourchette sternale. Le pouls fémoral est visible sous l'arcade crurale, le pouls radial est plein, dur, bondissant. Il existe un dicrotisme nettement accusé.

Au niveau du cœur la percussion montre que l'aire de matité absolue est augmentée. La pointe bat dans le 6e espace intercostal un peu en dehors de la ligne mamelonnaire.

Le choc systolique est plein, étalé, soulève la main qui palpe.

Il n'existe pas de frémissement cataire. Légère tachyarythmie. A l'auscultation on note l'existence d'un fort souffle systolique audible à la pointe mais à maximum au foyer aortique avec propagation carotidienne. Changor net du 2e bruit suivi d'un souffle systolique terminal qui s'étend le long du bord droit du sternum avec maximum à la pointe. L'auscultation soigneuse de la région apexienne donne l'impression d'un galop gauche surajouté.

La tension artérielle prise à l'oscillomètre de PACHON accuse une maxima à 21, une minima à 11 pour le membre supérieur; au membre inférieur ces chiffres s'élèvent respectivement à 23 et à 9.

Par ailleurs, il existe des signes de stase périphérique et viscerale :

Œdème sus-malléolaire.

— Hépatomégalie douloureuse.

Les urines sont foncées légèrement albumineuses. Elles sont émises au taux de 700 grammes par jour. L'urée sanguine s'élève à 0 gr. 51 pour mille.

Il existe une légère glycosurie.

Les poumons sont encombrés aux deux bases de râles d'œdème et de bronchite. Modifications de la respiration du type emphysémateux avec inspiration rude, expiration prolongée et soufflante.

La radiologie montre l'existence d'un gros cœur avec hypertrophie du ventricule gauche. Le pédicule est élargi notablement, le sinus aortique surélevé et dilaté.

Par ailleurs il n'existe aucun signe de syphilis nerveuse.

Les pupilles quoique déformées réagissent normalement à la lumière et à l'accommodation.

Le malade est hospitalisé d'urgence à la salle St-Victor. Il reçoit en traitement 5 gouttes de solution de digitaline au millième pendant 3 jours. On institue durant cette période une cure de cyanure de mercure.

Puis rapidement le malade est traité par l'arsénothérapie. Un gramme 35 centigrammes de novarsénobenzol sont injectés en 4 semaines.

1° Injection à 0 gr. 15
2° Injection à 0 gr. 30
3° Injection à 0 gr 30
4° Injection à 0 gr. 30
5° Injection à 0 gr. 30

La cure est conduite avec prudence et aucun incident grave ou accident n'est à signaler. Sous l'action de l'arsénothérapie on voit les crises d'asthme cardiaque s'estomper de plus en plus. L'œdème aigu du poumon menaçant est jugulé à plusieurs reprises par quelques soustractions sanguines de faible volume, suivies d'injections d'ouabaïne.

L'amélioration est remarquable. Les douleurs thoraciques, le bruit de galop disparaît, le dyspnée se calme, les signes de stase viscerale et périphérique regres-

sont peu à peu. En même temps le taux des urines émises dans les 24 heures remonte pour atteindre 1 litre 400.

Le malade sort de la salle S-t Victor le 15 décembre.

Du premier janvier 1939 au 15 février il reçoit 2 gr. 85 de novarsénobenzol intraveineux en un traitement ambulatoire.

Une Injection à 0 gr. 15.

Neuf injections à 0 gr. 30.

Aucun incident n'est à signaler au cours de cette cure. L'amélioration persiste; le sujet reprnd son travail. L'azotémie est alors de 0 gr. 40 0/00.

Mise au repos de 1 mois.

En mars et avril 1939 nouvelle cure arsenicale de consolidation 12 injections de novarsénobenzol sont lentement poussées dans les veines au taux de 0 gr. 30.

Cette cure est associée à un traitement digitalique : 50 gouttes sont absorbées en 10 jours..

En Août, 5 injections d'ouabaïne sont pratiquées (à 1/4 de mmgr.)

Mise au repos de 15 jours.

En septembre et octobre reprise de la médication arsenicale par 3 gr. 50 de novarsénobensol.

En novembre la tension artérielle est de 19,5 et de 7,5.

Le malade reçoit 20 injections intraveineuses de cyanure de mercure. La diurèse baisse, des phénomènes dyspnéiques apparaissent qui obligent de ceser le traitement hydrargyrique.

En 1940 le malade reçoit 4 séries de piqûres de bismuth et une série de piqûres de Novar à dose forte (dose maximum 0 gr. 60 répétée 5 fois).

En 1941 au cours d'une série de novarsénobenzol survient une gomme qui détruit complètement la moitié droite du palais dur et une partie des os propres du nez. Une amélioration est obtenue par une série de piqûres de bismuth.

Depuis cette période le malade est traité régulièrement par une série de 12 piqûres de BIVATOL tous les 4 mois.

Nous devons penser malgré une amélioration nette obtenue par le novarsénobenzol que le médicament de choix a été dans ce cas, le bismuth.

OBSERVATION IV

A... (François), ... ans, profession, manœuvre.

Syphilis contractée en 1920 et traitée par 4 séries de piqûres tantôt intraveineuses tantôt intramusculaires.

Pendant 8 ans le malade ne suit plus aucun traitement.

Hémiplégie en 1935.

On fait alors un traitement pendant 2 ans consistant en une série de piqûres faites tous les 3 mois environ.

En juin 1939 A... (François) est examiné à la salle St-André et l'on porte le diagnostic d'aortite et maladie de HODGSON avec insuffisance ventriculaire gauche.

On fait alors une série de cyanure de mercure qui ne provoque aucun changement à l'état du malade. Le malade est, en effet, fatigué et très essoufflé; il ne peut faire son travail qu'avec beaucoup de peine. Ses lèvres sont cyanosées, la respiration est rapide et superficielle.

A l'examen on constate :

Appareil circulatoire : *Cœur* : a) Inspection. La pointe est abaissée et déviée en dehors.

b) Palpation : sensation d'un bruit de galop à la pointe.

c) Percussion : matité cardiaque agrandie.

d) Auscultation : double souffle à la base. Bruit de galop présystolique à la pointe. Souffle systolique rapeux à la pointe, double souffle intermittent irradiant vers l'aisselle.

Tension artérielle : 18-6.

Reins. — La quantité d'urine émise le jour est supérieure à la quantité émise la nuit. Les urines sont plus foncées le jour que la nuit.

Albumine : Quantité notable.

Urée sanguine : 0 gr. 60 0/00.

Foie : Percussion normale; dimension normale; indolore.

Rate : Non percutable.

Système nerveux. — Reflexes tendineux rotuliens et achilléens abolis. — Sensibilité normale, il n'y a pas de phénomène subjectif.

Signe d'ARGYL ROBERSON bi-latéral.

On note un œdème aux membres inférieurs. Xanthélasma des deux paupières.

Evolution et traitement de la Maladie. — De janvier 1940 : 10 piqûres de 0 gr. 18 de sulfarsénol à raison de une par semaine. On y associe une thérapeutique toni-cardiaque par la digitale qui ne donne aucun résultat.

De mars 1940 à juillet 1940 : 14 piqûres d'une demi-dose d'acétylarsan. La fatigue du malade ne fait que s'accroître; il est obligé de cesser tout travail.

De septembre 1940 à octobre 1940 : 14 piqûres d'acétylarsan (ampoules entières).

Durant l'année 1941 : 4 séries de 14 piqûres d'acétylarsan (demi-dose) : le malade n'en retire aucun bénéfice, il est toujours très essoufflé.

Durant le 1er semestre 1942 : le malade reçoit une série de 14 piqûres d'acétylarsan (demi-ampoule) et une série de 14 piqûres de BIVATOL (demi-ampoule) le malade reste toujours très fatigué et très essoufflé. On ne constate aucune modification dans les signes cardiaques, le bruit de galop existe toujours.

On fait alors suivre au malade un traitement énergique par le sulfarsénol. Il reçoit en effet, du 3 juillet 1942, au 24 août 1942 6 gr. 20 de sulfarsenol (jusqu'à 0 gr. 72 par injection). Le malade supporte très bien cette thérapeutique et on note une amélioration très nette de son état; il est moins fatigué; à la pointe, on constate que le souffle systolique s'est atténué, le bruit de galop est moins intense.

Du 28 septembre 1942 au 3 mars 1943, le malade reçoit deux nouvelles séries de sulfarsénol identiques à la première : elles sont encore bien supportées par le malade et l'état général du sujet continue à s'améliorer à tel point qu'il peut reprendre son travail. A l'auscultation on n'entend plus le souffle systolique de la pointe; le bruit de galop n'est plus audible.

On voit que chez ce malade seules des doses fortes de sulfarsénol ont été capables de faire disparaître les signes d'insuffisance ventriculaire gauche et rendue la vie du sujet tolérable. On doit noter que les doses faibles n'ont donné que des déboires.

CONCLUSION

D'après les observations que nous venons de citer nous voyons que notre façon d'envisager le problème de la thérapeutique antisyphilitique des lésions cardio-vasculaires est en parfait accord avec les résultats escomptés et nous croyons avoir suffisamment démontré :

1° Qu'il faut traiter les cas de syphilis cardio-vasculaires, compte tenu des réserves que nous avons faites. Les Américains, par leurs statistiques, nous l'ont en effet démontré clairement. Nous-mêmes nous avons fait voir par nos observations les améliorations apportées aux malades par le traitement anti-syphilitique; ainsi dans l'observation N° 1 nous devons noter la variation manométrique de la tension artérielle qui de 25-12 avant le traitement est passée à 17-9, puis s'est stabilisée à 20-10 après le traitement par le bismuth et le sulfarsénol. Avec cette amélioration notable du syndrôme hypertensif, nous devons signaler en outre la diminution des signes fonctionnels que présentait notre malade (dyspnée disparue, clangor atténué, hyposystolie moins marquée) en notant toutefois la persistance du souffle aortique invariable, persistance qui démontre sans nul doute l'existence d'une lésion indélébile probablement pariétale et sus-sigmoïdienne. Par contre les lésions d'hyperkératose palmaire et plantaire ont été très améliorées par le traitement spécifique.

Dans l'observation N° 2 nous voyons que les deux lésions, muqueuse et viscérale ont été rapidement améliorées et que l'amélioration a été plus durable au niveau de l'appareil cardio-vasculaire qu'au niveau du gland. Nous devons faire remarquer qu'aucune aggravation par le traitement n'a été notée malgré l'âge élevé du malade (71 ans).

L'observation N° 3 est, par son amélioration importante d'un grand intérêt clinique et doctrinal. Malgré la défaillance aiguë du myocarde nous n'avons pas craint de traiter la lésion cardio-vasculaire syphilitique par l'arséno-thérapie, en l'accompagnant cette fois d'un traitement minime par les tonicardiaques : les poussées paroxystiques d'insuffisance ventriculaire gauche ont été jugulées uniquement peut-on dire par le novarsénobenzol, sans sous-estimer pour celà la valeur du traitement par l'ouabaïne et par les saignées au moment des accidents aigus menaçants. La lésion indélébile est évidemment restée comme l'indique la persistance des signes sthétacoustiques; mais

nous devons signaler toutefois l'heureuse action du traitement sur la défaillance du ventricule gauche et sur l'hypertension artérielle concomittante. Nous devons noter aussi les bons effets du traitement sur les reins puisque au cours de la thérapeutique arsenicale, nous avons vu l'urée sanguine descendre de 0 gr. 51 à 0 gr. 40. Par contre le cyanure de mercure a été mal supporté, la diurèse du sujet ayant diminuée et les crises dyspnéique ayant réapparues. Nous devons ajouter que le novarsénobenzol qui avait donné d'excellents résultats au point de vue des lésions aortico-cardiaques n'a pas cependant empêché l'apparition d'une gomme. Sans doute avions-nous eu à faire à une forme d'arséno-résistance (arséno-récidive). Cette manifestation tertiaire nous a commandé le traitement bismuthique qui nous a donné de très bons résultats.

Dans l'observation N° 4 nous étions en présence d'un malade syphilitique en état d'insuffisance ventriculaire gauche comme en témoignaient le bruit de galop et le souffle systolique de la pointe, ce dernier étant probablement la traduction d'une insuffisance mitrale fonctionnelle. Chez ce malade un traitement antisyphilitique discret (cyanure de mercure, acétylarsan (demi-dose), bivatol (demi-dose), associé à une thérapeutique toni-cardiaque par la digitale, n'avait donné aucune amélioration ; durant ce traitement on n'avait constaté au contraire qu'une aggravation générale du malade l'obligeant à cesser le travail. Devant ce mauvais résultat thérapeutique nous avons changé de méthode et, sans traitement préalable par les tonicardiaques, nous avons commencé une thérapeutique par le sulfarsénol à hautes doses (6 gr. 20 par série). Les résultats ont été alors aussi bons que nous pouvions le souhaiter : nous n'avons pas eu évidemment la disparition du double souffle de la base, mais les signes d'insuffisance ventriculaire gauche ont disparu franchement et le malade a pu reprendre son travail. Nous devons ajouter que le traitement par le sulfarsénol a été fait d'une manière ambulatoire.

2° Que la syphilis cardio-vasculaire était toujours grave et rapidement évolutive et qu'il fallait par conséquent instituer sans s'attarder à la médication par les toni-cardiaques, une thérapeutique spécifique massive et prolongée. Dans nos observations nous voyons que nous ne nous sommes jamais attardés à une thérapeutique symptomatique une fois le diagnostic étiologique assuré. Malgré l'âge assez élevé de nos malades, malgré leur défaillance cardiaque souvent accusée (insuffisance ventriculaire gauche avec hypertension artérielle au cours d'une

aortite chronique, le plus souvent avec bruit de galop) nous n'avons pas craint d'instituer d'urgence la thérapeutique spécifique. Le traitement symptomatique ne fut entrepris qu'une seule fois et quelques jours seulement avant les injections de novarsénobenzol. En ce qui concerne l'ouabaïne et les émissions sanguines, elles ne furent faites qu'au cours du traitement spécifique au moment où nous craignions l'apparition imminente d'une crise paroxystique d'insuffisance ventriculaire gauche.

Donc notre traitement a toujours été précoce : il a été de plus massif ; nous n'avons pas craint en effet, d'utiliser le novarsenobenzol ou le bismuth à des doses relativement élevées (0 gr. 15 à 0 gr. 60) par piqûre pour une série de 3 gr. 50 à 4 gr. 50 pour le novar, 14 piqûres de bivatol ou de quinby par série de bismuth, nous pouvons même ajouter que ce traitement massif fut presque un traitement d'urgence de l'asystolie.

Lorsque nous avons fait un traitement à doses trop faibles comme dans l'observation N° 4 nous avons pu constater que les améliorations étaient nulles. Ce n'est que lorsque nous avons repris le traitement par des doses fortes de sulfarsénol que nous avons pu constater une amélioration franche de l'état du malade (disparition de l'insuffisance ventriculaire gauche, reprise du travail).

Malgré l'age des malades, malgré leur fonction rénale ou hépathique déficiente, nous n'avons eu à noter aucun accident imputable au traitement spécifique lui-même.

Il va de soi que nous avons prolongé ce traitement d'attaque par des cures d'entretien comme cela se voit chaque fois qu'il s'agit de syphilis quelconque. Citons à ce sujet LAUBRY : « J'ai peut-être souri en entendant ces malades me parler des nombreuses piqûres qu'ils avaient vaillamment supportées, j'ai rarement eu à en gémir ».

3° Pour terminer disons qu'il n'y a pas à proprement parler un médicament qui soit à priori préférable à tel ou tel autre. Si le novarsénobenzol paraît être le médicament de choix il n'en est pas moins vrai que nous avons aussi obtenu de bons résultats avec le bismuth (Observation N° 1) et le sulfarsénol (Observations N° 1 et N° 4), de même que ROUQUES, POUTRAT et DEGOS ont obtenu de bons résultats avec le cyanure. Signalons en passant que V..... (Jean) (Observation N° 3) a très mal supporté la cure hydrargyrique.

Le pouvoir antisyphilitique de la drogue peut en effet, varier avec les sujets. Ce n'est donc qu'en étudiant les malades et en vérifiant

l'évolution du mal que l'on pourra trouver la drogue et la dose adéquate et, partant, les plus justifiables. (Observation N° 4 : sulfarsénol à faible dose : mauvais résultat, sulfarsénol à haute dose : grosse amélioration).

Une fois la drogue et la dose efficace trouvées, on pourra instituer un traitement correct sans jamais oublier cependant de réevaluer de temps en temps au cours des séries, la valeur clinique et biologique du malade. C'est pour cela que nous préférons faire un traitement en milieu hospitalier.

Enfin nous avons fait remarquer que des thérapeutiques mixtes ont donné de bons résultats (bismuth sulfarsénol. Observation 1 ; — Bismuth Novar Observation 2, Bismuth-Novar, puis bismuth seul, Observation N° 3).

Vu :
Le Président de la Thèse,
NANTA.

Vu :
Le Doyen,
GARIPUY.

Vu et permis d'imprimer :

Toulouse, le 5 mars 1944.

Le Recteur, Président du Conseil d'Administration,
DELTHEIL.

BIBLIOGRAPHIE

AUDRY et NANTA. — Traitement de l'hypertension syphilitique par les arsenobenzènes. (*Annales de dermatologie* 1921, *p.* 102).

ANDERS. — Affections syphilitiques du cœur et de l'aorte. (*The collège of physiciens of Philadelphie*, 1915).

PENARD (René). — De l'usage du traitement antisyphilitique dans les affections vasculaires. (*Bulletin et Mémoire de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris* 15 *Décembre* 1921).

BLACKFORD et BOLAND. — Le Bismuth dans le traitement de la syphilis cardio-vasculaire. (*Journal of Am. Méd. Assoc.*, 3 *Décembre* 1932).

BERGHOFF R. S. — GERAIG A. S. — Cardiac Syphilis. (*Urol. a Cut Review* 43, n° 1.1939, *p.* 46).

BLONDEL. — La thérapeutique diurétique dans les maladies du cœur (*Vie Médicale*, 1922, *N°* 46).

BONNIN. — Les difficultés du traitement des aortites spécifiques. (*Gazette hebdomadaire de la Société de Médecine de Bordeaux*, 3 *janvier* 1926).

BORDET. — Traitement spécifique des affections cardio-vasculaires. (*Questions d'actualité*, 2e *série*, 1930, *p.* 9).

BRIN. — La médiastinite syphilitique (*Gaz, Hôp.* 17 *mai* 1921).

BRIN et GIROUX. — Syphilis du cœur et de l'aorte. (Doin, Editeur 1924).

CARLE (J.), DANYLADE, MOORE, REISINGER. — Traitement de la syphilis cardio-vasculaire. (*Arch. of inc. Méd. juin* 1932).

CASTAIGNE et PAILLARD. — Arythmie complète syphilitique. — (*Journal médical français*,, 15 *février* 1913).

CASTRES. — Arythmies et myocardites syphilitiques. *Thèse Toulouse* 1920).

CHANIOTIS. — Myocardite scléreuse diffuse et syphilis. (*Presse médicale*, 11 *janvier* 1930).

COLE, H. N. AND USILTON, LIDA (J.) — Coopérative Clinic Studies in the treatment of Syphilis. (*Arch. Int. méd.*, 57; 893, 1936)

COLE, USILTON, MOORE, O'LEARY, STOKES, WILE, PARRAN, VODERLEHR. — Cardiovascular Siphilis, Vénérial Disease *Information Vol.* 17, *N°* 4 1936.

COCHEMS K.D., M.D. AND JAROLD E. KEMP, M.D. CHICAGO III. — The Incidence of Syphilitic Aortitis : A Study of 1.000 Syphilitics Individuals. (*The American Journal of Syphilis* 1937).

DEGOS (R). — Traitement des Aortites et Aorto-Myocardites syphilitiques par des cures de 150 injections quotidiennes successives de cyanure de mercure. (*Bul. et Mêm. des Hôp. de Paris, 7 mai* 1943).

DE HALLE. — Cause et traitement de l'hypertension. (*Amér. Journ. of physiology*, 1915).

DONZELOT. — Abus du traitement spécifique dans le traitement des affections cardio-vasculaires. (*Bul. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, Mai* 1928).

DOUMER. — Traitement spécifique de l'aortite; les accidents d'intolérance. (*Echo Médical du Nord, 25 septembre* 1926).

DOUMER. — Traitement spécifique de l'aortite syphilitique. (*La peau et les muqueuses, Nov.* 1926).

DOUMER. — Les accidents du traitement spécifique de l'aortite syphilitique. Réaction de réactivation et réaction de résolution. (*Communications Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 25 mai* 1928).

DOUMER. — Les aortites spécifiques. (*Vie Médicale 25 décembre* 1932)

DUFFOUR. — Troubles cardio-vasculaires et traitement syphilitique. (*Bul. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 15 décembre* 1927).

ETIENNE (G.). — La syphilis vasculaire. (14e *Congrès de Médecine Bruxelles, Mai* 1920).

ETIENNE (G.). — Les aortites spécifiques. (Vie Médicale 25 décembre 1932).

FIESSINGER. — Abus des médicaments anti-syphilitiques dans le traitement des affections vasculaires. (*Bul. et Mém. de la Soc. des Hôp. de Paris, 1er Décembre* 1927).

FAUGERES BISHOP, S.R. M.D. EDWIN DANIEL FLANAGAN M. D. AND FRANK BAKER SMITH, M.D. — The présent status in the treatment of cardiovascular syphilis.

FOURNIER. — Traité de la syphilis.

GALLAVARDIN et CHARVET — Phase cardiaque des aortites syphilitiques (*Arch. génér. de Médec.* 1903).

GARRIC (Pierre), Contribution à l'étude de la syphilis cardio-aortique, Toulouse 1939.

GIRAUD. — La thérapeutique diurétique dans les maladies du cœur. (*Vie Médicale, 25 décembre* 1934).

GIRAUD. — Les aortites spécifiques. (*Vie Médicale, 25 décembre* 1932).

GOUZY. — L'insuffisance cardiaque d'origine syphilitique. Contribution à l'étude du traitement. (*Thèse Toulouse* 1940).

GRENET. — L'abus des médicaments anti-syphilitiques dans le traitement des affections cardio-vasculaires. (*Bul. et Méd. de la Société des Hôp. de Paris, 1er décembre* 1927).

HOOD, B. S. AND MOHR C.F. — The Microscopic Pathologic Appearance of the Aorte in Treated and Untreated Patients With Syphilitic Aortitis. (*Am. J. Syph., Gon. and Ven Dis.* 21 : 177, 1937).

ILIESAS. — Cas d'œdème aigu du poumon. (*Annales de la Société Française de dermatologie et syphiligraphie,* 1934).

JADFARD. — Arythmies des tabétiques. (*Thèse Toulouse*).

LAUBRY et BORDET. — Traitement des aortites syphilitiques par le Bismuth. (*Bul. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 22 décembre* 1922).

LEDERMANN. — Réaction de Wassermann dans les affections du cœur et des vaisseaux. (*Congrès de Rome* 1912).

LETULLE. — Rupture du cœur par myocardite syphilitique (*Bul. Soc. Anat.* 1910).

LIAN. — De l'importance étiologique de la syphilis en pathologie cardio-vasculaire, déductions thérapeutiques. (*Bul. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 2 Décembre* 1927).

LENOBLE. — Les myocardites syphilitiques anciennes déshabitées. Etudes cliniques graphique et anatomique. (*Annales de Médecine,* 1921).

MATHIEU (L.). — De l'emploi des sels mercuriels diurétiques à doses réfractées dans le traitement des cardio-aortites syphilitiques. (*Revue Médicale de l'Est,* 1er *Septembre* 1935).

MANOUELLAN. — Anévrismes syphilitiques de l'aorte : lésions histologiques. (*Soc. Méd. des Hôp. Août* 1920).

MARCHIAFAVA. — Sur la mort soudaine dans la syphilis du cœur et de l'aorte. (*Malattie del cuors*, 1917).

MILIAN. — Traitement de cardiopathies syphilitiques. (*Le Monde Médical*, 15 *Mai* 1934).

MILIAN. — Intolérance au cyanure de mercure. (Ann. mal. Vén. Février 1920).

MINET, DUHOT et LEGRAND. — Syphilis et rhumatisme dans la genèse des affections cardio-aortiques. (*Paris Médical*, 14 *Mai* 1921).

MOORE (J.-E.). — The modern treatment of syphilis, Springflied III, and Baltimor, (*Md.* 1933, *Charles C. Thomas*, *p.* 35.)

MOORE (J.-E), DANGLADE (J.-H.), AND REISINGER (J. C.). — Treatment of cardiovascular syphilis. (*Arch. Int. Méd.* 49, 279, 1932).

MAYNARD. — Cardiovascular Syphilis. (*Arch. int. Méd.* 15, 873, 1935).

NANTA. — Dissolution auriculo-vasculaire chez une heredo-syphilitique. (*Arch. Mal. du cœur* 1914).

NANTA. — Formes cliniques et traitement des myocardites syphilitiques. (*Toulouse Médical* 1^er^ *février* 1922, *p.* 83.)

NORRIS. — Syphilis du myocarde. (*South M.j.* 26-2-1933).

OSCAR W. BETHEA. — Cardioyascular syphilis. (*Urol and. cut. Review* 43, N° 1, 1939, p. 23 (fig.)

OIGAARD. . De la réaction de Bordet-Wassermann dans les maladies du cœur et des vaiseaux. (*Arch. des Mal. du cœur et des vaisseaux*J. (*Arch. des Mal. du cœur août* 1910).

PAUTRIER. — Mort par œdème aigu du poumon après une injection de 914. (*Annales de la Société Française de dermatologie et syphiligraphie*, 1929).

PERSONNET. — Modern Treatment of Cardio-Vascular Syphilis (*Urol and Cut. Review*, 43, *N°* 1 1939, p. 27).

PINARD (Marcel). — Efficacité des traitements arsenicaux intensifs et prolongés dans les anévrysmes syphilitiques. (*Bul. Soc. Méd. des hôp. de Paris*, 30 *Décembre* 1927).

RENAUD (Maurice). — Sur le rôle de la syphilis dans la détermination des lésions cardio-vasculaires. (*Soc. Déd. des Hôp. de Paris 2 décembre* 1927).

RAMOND. — Aortite syphilitique. (*Presse Médicale* 18 *mars* 1933).

ROB-POUISO. — Quelques idées sur les aortites syphilitiques. (27 *mai* 1933).

ROUQUES L. et PAUTRAT J. — Action favorable de cures très prolongées de cyanure de mercure sur une aortite syphilitique avec œdème pulmonaire aigu à répétition (7 *mai* 1943. *Bul.* et *Mém. de la Soc. des Hôp. de Paris*).

SCHLESINGER. — Traitement des aortites au cours de la période de *décompensation* (*Wien-Klin-Wochens*, 1[er] *mai* 1930).

SCHLESINGER. — Traitement des aortites. (*Vie Médicale* 25 *décembre* 1932).

SEZARY. — Traitement des affections cardio-vasculaires. (*Bul. Soc. Méd. des Hôp.* 1927).

STOLL (H.F.). — Du rôle de la syphilis dans les maladies cardio-vasculaires hypertensives. (*Arch. mal du cœur*, 1915).

STOKES (J.H.). — Cardiovascular Syphilis (*The Cyclopédia of médecine* (*Piersol*) *Vol. III Philadelphie. F. A. Davis Company* 1934).

STOKES (S. H.), AND ANDERSON (L.E.) : The Diagnosis and Treatment of syphilitic aortitis. (*Méd. clinic. N. A.* 21, 1013, 1937).

STOKES, COLE, MOORE. — *Traitement de la syphilis.* (*J. A. M. A.* : 102-1267-1934).

THOMAS (Robert). — De l'emploi de sels mercuriels diurétiques à doses réfractées dans le traitement des cardiopathies syphilitiques. (*Thèse Nancy* 1934).

THOMPSON, W. P. CONNEAU W. J. AND WHITE P. D. — The rôle of the Treatment of Syphilis in the prévention of Cardiovascular involvement. (*Am. Ht Jour* 17 : 286-293, 1939).

TOTTIE M. — Contribution to the knowledge of the prognosis of syphilis with reference to late complications in the cardiovascular System. (*Acta dermatovenereol*, 1939, *pages* 471-481).

VAQUEZ. — Maladies du cœur (*Paris* 1920).

VAQUEZ et LECONTE. — Le passé, le présent et l'avenir des hypertendus. (*Paris Médic.* 2 *juillet* 1921).

WESTER. — Insuffisance cardiaque dans l'aortite syphilitique. (*Thèse Paris* 1933).

WILSON F. N. WILE U. J. WISHART, S. W. AND HERRMANN, G. R. — Changes in the Electro-cardiogram Followinf the Arsphenamine Treatment of Cardiac and Aortis Syphilis (*Proc. Soc. Expert. Biol.* 23, 275, 1926).

WILE N. J. — The treatment of the Syphilitic Liver and Heart : A Tharapeutic Paradox (*Am. J. Méd. sc.*, 164, 415, 1922).

WILTSCHIRE. — Syphilis du cœur. (*West London Médico-chirurgical Société, avril* 1922).

YACOEL. — Aortites syphilitiques. (*Vie médicale* 25 *décembre* 1932).

Table des Matières

INTRODUCTION 11

1re PARTIE. — Conception actuelle du traitement de la syphilis cardiaque 13

Chapite I. — Faut-il traiter la syphilis cardio-vasculaire ? — Opinions des divers auteurs 13

Chapitre II. — Il est nécessaire de traiter les cardio-aortites spécifiques par la médication anti-syphilitique :

1) Statistiques 18

2) Bases physio-pathologiques 23

Chapitre III. — Comment les traiter ! 29

2e PARTIE. — Comment concevons-nous le traitement de la syphilis cardio-vasculaire :

Bases et raisons de cette conception..... 41

Schéma de notre traitement 50

Observations 52

CONCLUSION 58

BIBLIOGRAPHIE 63

IMPRIMERIE TH. BOUQUET
AUCH - 1944

LOUPS (Claude)
Traitement massif des Syphilis Cardiaques graves.
Imprimerie Bouquet, Auch, 1944, in-8° 72 pages
Thèse médecine. 1944, Toulouse, n° 8.

LOUPS (Claude)
Traitement massif des Syphilis Cardiaques graves.
Imprimerie Bouquet, Auch, 1944, in-8° 72 pages.
Thèse médecine. 1944, Toulouse, n° 8.

LOUPS (Claude)
Traitement massif des Syphilis Cardiaques graves.
Imprimerie Bouquet, Auch, 1944, in-8° 72 pages.
Thèse médecine. 1944, Toulouse, n° 8.

LOUPS (Claude)
Traitement massif des Syphilis Cardiaques graves.
Imprimerie Bouquet, Auch, 1944, in-8° 72 pages.
Thèse médecine. 1944, *Toulouse*, n° 8.